Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen werden portofrei erbeten. Für die Redaction unter der Adresse: Karolinenplatz 2/0. Für Abonnement u. Inserate an Jos. Ant. Finsterlin in München, Salvatorstr. 21.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR ÄMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger. Dr. H. Ranke. Dr. v. Rothmund. Dr. v. Schleiss. Dr. Seitz. Dr. Winckel.

№ 22. 1886. 1. Juni. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karolinenplatz 2/0. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 33. Jahrgang.

Originalien.

Klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem Ohrgeräusch in Folge von nasaler Trigeminus-Neuralgie.

Von Dr. *Ph. Schech*, Docent in München.

Die Mittheilung nachfolgenden Falles scheint mir in doppelter Hinsicht gerechtfertigt, einmal wegen der grossen Seltenheit partieller Krämpfe der Rachenmusculatur und ferner auch wegen der Aetiologie der Trigeminusneuralgie.

B. R., 23 Jahr alt, mir in freundlichster Weise von Herrn Assistenzarzt Dr. May dahier zur rhinoskopischen Untersuchung überwiesen, giebt an, in seinem 6. Lebensjahre durch den Sturz von einer hohen Treppe einen Bruch des Nasenbeines erlitten zu haben. In Folge dieser Verletzung sei sein Nasenrücken viel breiter und dicker geworden, auch habe er allmählich immer weniger Luft durch die Nase bekommen; doch sei er bis zu seinem 20. Lebensjahre im Allgemeinen gesund geblieben. Im Jahre 1883 will P. zum erstenmale von heftigen Schmerzen auf dem Rücken und in der Tiefe der Nase befallen worden sein; er musste vom Militär entlassen werden und kam dann in verschiedene Krankenhäuser, wo er wegen der immer mehr sich steigernden Schmerzanfälle mehreren operativen Eingriffen unterworfen wurde; auch sei er wiederholt von einem Specialisten längere Zeit galvanocaustisch behandelt worden. Leider blieben alle diese Massnahmen erfolglos und P. wurde unter fortwährender Zunahme und Ausbreitung der Schmerzen völlig arbeitsunfähig. Da sich seit dem Spätsommer 1885 die Schmerzen bis zum Unerträglichen steigerten und Tag und Nacht fortwütheten, so fasste er den Entschluss, aus seiner fernen Heimath nach München zu reisen, um sich hier operiren und nöthigenfalls die Nase abschneiden zu lassen.

Bei der am 16. Januar 1886 vorgenommenen Untersuchung ergab sich folgendes:

Anämische, fast kachektische Gesichtsfarbe; zeitweise Zuckungen im Gesicht mit schwacher Rotation des Kopfes nach rechts und hinten. Auf dem linken Stirnbein eine kleine Narbe, eine grössere lineare von dem linken Nasenbein nach unten gegen den Nasenflügel zu; Nasenrücken breit und flach; linkes Nasenbein an seinem untern Rande uneben, sehr breit und missbildet, theilweise vertieft, letzteres angeblich in Folge der oben erwähnten Operation. Entsprechend dem Sitze der heftigsten Schmerzen ist die Gegend der Nasenwurzel auf Druck am empfindlichsten; doch kann auch von den Austrittstellen der andern Quintusäste und von vielen Punkten des Gesichtes aus, so namentlich auch über dem Jochbein und neben der Gland. submaxillaris, ferner auch dem Verlaufe des N. laryngeus superior entsprechend auf Druck der Schmerz erheblich gesteigert werden. Nasenscheidewand im vordern Theil etwas nach links, im hintern nach rechts verbogen; ihre Schleimhaut sowie jene der untern Muscheln bis etwa zur Hälfte ihrer Länge glatt und anämisch, dann aber uneben, hypertrophisch. Besonders der rechte obere Theil des Septum gegenüber der mittleren Muschel zeigt zahlreiche tumorartige teigige Hyperplasien ebenso die Schleimhaut der untern Muscheln; das hintere Ende der linken untern Muschel polypoid degenerirt, die Choane fast ganz verstopfend. Nirgends eine Spur von eitrigem Secret, Borken, Ulcerationen oder Foetor; erst nach Beseitigung der hypertrophischen Schleimhautstellen ist es möglich, die Rima olfactoria zu sondiren; hoch oben in derselben dem Auge unerreichbar findet sich rechts an der Lamina perpendicularis links an dem obersten medialen Theile der mittleren Muschel je eine wie es scheint kleine Knochenentblössung; Geruchssinn stark vermindert, Salmiak und Chloroform verursachen heftige Schmerzen, ebenso die leiseste Berührung der Nasenschleimhaut, Schneuzen, Ausspritzen etc.

Rachenschleimhaut blass, Uvula kolbig verdickt, blauroth, mit der Spitze nach vorne und oben gerichtet; der weiche Gaumen wird mit kurzen Unterbrechungen ruckweise in die Höhe gezogen, die Zahl der Contractionen beträgt 40—120 in der Minute; die Bewegung bleibt stets abgesehen von einzelnen nicht jedesmal auftretenden Contractionen des Azygos uvulae dieselbe, die Gaumenbögen steigen vertical in die Höhe, springen aber niemals gegen die Mitte vor; dagegen wechselt die Intensität der Contractionen insoferne, als der Gaumen manchmal nur wenig, manchmal bis zum Maximum emporgezogen wird und so den Nasenrachenraum völlig abschliesst. Das Emporsteigen des Velum kann auch durch die Nase von vorne gesehen werden; führt man durch den untern Nasengang einen Ohrcatheter, so lassen sich die einzelnen Contractionen wie an einem Fühlhebel sichtbar machen. Stets ist mit denselben ein eigenthümliches knackendes Geräusch verbunden, als ob Luftblasen springen oder Salz im Feuer verknistert; schliesst man die Nasenöffnungen, so wird das Geräusch unter Aufblähung der seitlichen Nasenwände sofort stärker und nimmt den Charakter des guttauralen „k“ an.

Rhinoskopisch lässt sich eine wechselweise Entfernung und Annäherung der vordern Lippe des Tubenwulstes von der hintern erkennen; Schleimhaut des Nasenrachenraumes mit reichlichem Schleim bedeckt, blass, sonst normal. Schluck- und Sprechbewegungen vermehren und verstärken die Contractionen, Anlegen des Gaumenhakens schwächt sie ab oder hebt sie manchmal ganz auf; die Unterbrechung der Athmung ist ohne Einfluss. Gehörschärfe normal, an beiden Trommelfellen sind niemals Hervorwölbungen oder Einziehungen wahrnehmbar. Sehkraft normal, Pupillen auffallend eng; Bewegungen des Bulbus ungehindert, zuweilen Thränen der Augen. Lungen normal; Herzthätigkeit continuirlich gesteigert, Puls constant 120—140, klein; Harn frei von Eiweiss und Zucker, Appetit fehlt vollständig, dagegen grosser Durst; Stuhl verstopft; Genitalien gesund; in der rechten Inguinalgegend eine geschwellte Drüse, alle anderen Lymphdrüsen normal.

Epikrise. Mit Rücksicht auf diesen Befund konnte die Diagnose doppelseitiger, sämmtliche Aeste betreffender Trigeminusneuralgie mit klonischen Krämpfen des Levator, Tensor veli palatini, Azygos uvulae nicht schwer sein.

Krämpfe der Gaumenmusculatur sind relativ sehr selten;

sie befallen bald alle Muskeln, bald nur einzelne und sind theils tonischer theils klonischer Natur. Beim tonischen Krampf wird der weiche Gaumen continuirlich fest an die hintere Rachenwand angepresst, die Gaumenbögen stehen theils senkrecht, theils springen sie gegen die Mittellinie vor; auch steht zuweilen der Kehlkopf beträchtlich höher. Beim klonischen Krampf findet ein wechselweises Heben und Senken des weichen Gaumens und der Gaumenbögen statt; auch hier betheiligt sich wie in den von Holmes (Zeischr. f. Ohrenh. Bd. VIII, 1879), Böck und Küpper (Arch. f. Ohrenheilk. 1867 u. 1873) mitgetheilten Fällen zuweilen die Musculatur des Mundbodens und des Kehlkopfes (resp. die Hyothyreoidei), sowie der Tensor tympani. Von allen Beobachtern wird das auch in unserem Falle nicht fehlende knackende Geräusch erwähnt, das nicht nur von den Kranken in unangenehmster Weise gehört, sondern auch objectiv bald schwächer bald stärker, bald nur in der nächsten Nähe, bald aus weiterer Entfernung wahrgenommen wird. Ueber den Ort der Entstehung desselben sind die Ansichten getheilt; während die Einen, wie z. B. Hartmann, dasselbe im Mittelohre durch abwechselnde Spannung und Erschlaffung des Trommelfells oder Verschiebung der Gehörknöchelchen in Folge Contraction des Tensor tympani entstehen lassen, wofür auch die Trommelfellbefunde in den von Schwartze und Holmes mitgetheilten Fällen sprechen, verlegen Andere, namentlich Politzer, Böck, Küpper den Ursprung des Geräusches in die Tuba. Politzer fand gestützt auf Thierexperimente, dass zur Entstehung des Geräusches stets eine Bewegung des Gaumensegels nöthig ist; durch Contraction des Velum wird an den Wandungen der Tuba eine Bewegung hervorgebracht der Art, dass die vordere membranöse Wand, an welcher Levator und Tensor veli theilweise entspringen, von der hinteren knorpeligen Wand rasch abgezogen wird. In derselben Weise erklärte auch Luschka das Geräusch, doch glaubt er, dass der Tensor tympani auch willkürlich in Contraction versetzt werden könne; und in der That kann das Geräusch, wie Hartmann an sich selbst beobachtete, zuweilen willkürlich erzeugt werden. In unserem Falle entstand, wie die rhinoskopische Untersuchung ergab, das Geräusch unzweifelhaft durch die Bewegungen der schleimverklebten Tubenwände im Momente der Contraction des Levator und Tensor veli palatini; sicher gibt es aber Fälle, bei denen das Geräusch durch alleinige Contraction des Tensor tympani, also im Mittelohr, endlich auch solche, bei welchen es gleichzeitig durch beide Factoren erzeugt wird.

Bei dem klonischen Krampf des Gaumenhebers und Spanners, bei welchem die Tubenwände längere Zeit von einander abgezogen erhalten werden und die Tuba abnorm offen steht, beobachtet man Verstärkung der eigenen Stimme, Autophonie.

Ueber die Ursachen der Krämpfe des Velum sind unsere Kenntnisse noch ziemlich mangelhaft. In mehreren Fällen waren Nasenrachenkatarrhe theils vorausgegangen, theils bestanden sie noch zur Zeit der Untersuchung; so berichtet z. B. Böck in seinem Falle von starker Wulstung der Schleimhaut der Choanen sowie der Tubenlippen, von Ansammlung theils zähen theils eingetrockneten Secrets, von der Anwesenheit einer starken Vene an der vorderen Lippe; Schwartze (Archiv f. Ohrenheilk. Bd. II) erwähnt, die Uvula sei etwas verlängert, ödematös, die hintere Rachenwand stark secernirend gewesen. Dass Nasenrachenkatarrhe oder andere Erkrankungen des Nasenrachenraumes für sich allein nicht die Ursache der Krämpfe sind, ist unzweifelhaft, da bei der ausserordentlichen Häufigkeit acuter und chronischer Nasenrachenkatarrhe, adenoider Wucherungen und Polypen spasmodische Erscheinungen im Rachen sonst nicht so äusserst selten wären; es gehört dazu sicher noch eine besondere neuropathische Disposition. In dem von Cornelius Williams (Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. 13, 1885) mitgetheilten Falle entstand die Affection bei einem neuropathisch belasteten 12jährigen Mädchen nach einem heftigen Schrecken; da bei der Patientin auch Krämpfe des Zwerchfells vorhanden waren, so glaubt Williams die Affection als Chorea bezeichnen zu dürfen. Die von Holmes beschriebene Kranke, ein 17jähriges blasses, anämisches, seit ihrer Kindheit etwas schwerhöriges Mädchen, hatte gleichfalls eine Zeit lang an Krämpfen des linken Vorderarmes und der linken Seite der Brust gelitten, erscheint also wiederum allgemein neuropathisch afficirt.

Die Hauptrolle spielen offenbar Reizzustände im Trigeminus in Folge centraler Erkrankung seiner Wurzeln oder peripherer Läsion seiner Aeste; der zum Levator und Tensor veli palatini sowie zum Tensor tympani gehende Zweig des Trigeminus ist motorisch; da aber zum Gaumensegel auch vielfache Anastomosen des Facialis, Glossopharyngeus und Accessorius verlaufen, so können Reizzustände im Gebiete dieser Nerven gleichfalls spasmodische Erscheinungen am weichen Gaumen zur Folge haben. Endlich sind auch bei fortgeschrittener Tabes einigemale unregelmässige Zuckungen am weichen Gaumen gesehen worden.

Der zuerst und am stärksten ergriffene Nerv in unserem Falle war offenbar der N. ethmoidalis; dafür spricht der Sitz und die Persistenz des Schmerzes an den Nasenbeinen, an deren hinteren Flächen der Nerv herabzieht, um sich einestheils in der Haut des Nasenrückens, anderntheils im Innern der Nase auszubreiten.

Die constante Beschleunigung der Herzthätigkeit bei völlig normaler Temperatur lässt sich nur aus Reizung des Sympathicus erklären, ebenso die Pupillenenge. Ein centraler Ursprung der Neuralgie braucht trotz der Doppelseitigkeit und grossen Extensität des Schmerzes nicht angenommen zu werden; auch sprechen das bisherige Freibleiben anderer Gehirnnerven sowie die objectiven Veränderungen am Nasendache für eine periphere Erkrankung d. h. für Läsion der Nerven nach ihrem Durchtritt aus der Schädelhöhle durch die Lamina cribrosa. Zuckungen im Gesicht und an andern Muskelgruppen, wie sie auch bei unserem Kranken namentlich an den Hals- und Nackenmuskeln beobachtet wurden, gehören bei intensiven Trigeminusneuralgien peripheren Ursprungs zu den gewöhnlichen Erscheinungen.

Sehr schwierig ist in unserem Falle die Diagnose der Grundkrankheit d. h. die Aetiologie der Trigeminusneuralgie. Bevor es gelungen war, am Nasendache blossliegende Knochen zu entdecken, konnte man allenfalls an eine Reflexneurose denken, zumal die Hyperplasie der Nasenschleimhaut nicht nur räumlich sehr ausgedehnt sondern auch sehr hochgradig war. Als sich aber trotz sorgfältigster Localbehandlung und Wiederherstellung der Nasenathmung die Schmerzen nicht nur nicht verloren, sondern bis zu einer noch nie dagewesenen Höhe steigerten, als nun gar nach Beseitigung der die mittleren Nasengänge verschliessenden Schleimhauthypertrophien

die Sonde auf entblösste Knochenpartieen stiess, konnte selbstverständlich von einer Reflexneurose keine Rede mehr sein. Dass ein Zerstörungsprocess am Nasendach und zwar an der Lamina perpendicularis und den oberen Theilen der mittleren Muscheln vorhanden war, war sicher, und sehr wahrscheinlich, dass dieser Process sich auch schon auf die Lamina cribrosa ausgedehnt hatte; aber welcher Natur derselbe war, liess sich nicht mit Sicherheit eruiren.

In erster Linie musste natürlich an Caries syphilitica gedacht werden. Dagegen spricht nun der gänzliche Mangel anderweitiger Erscheinungen oder Residuen der Lues, die, wie Verfasser recht wohl weiss, gerade nicht immer vorhanden zu sein brauchen; auch spricht gegen Lues das Fehlen von übelriechendem oder eitrigem Ausfluss, ganz besonders aber die relativ geringe Ausdehnung des Processes trotz der schon dreijährigen Dauer des Leidens und die völlige Wirkungslosigkeit des probeweise mehrere Monate gebrauchten Jodkali; endlich wäre es auch ein höchst merkwürdiger Zufall, dass sich die Lues nur in den obersten Partieen der Nase genau in der Gegend der früheren Verletzung und sonst nirgends anders localisirt hätte. Somit muss der Verdacht, dass das jetzige Leiden mit dem früheren Trauma in irgend einer Beziehung stehe, mehr und mehr Boden gewinnen. Dass Brüchen der Nasenbeine, zumal wenn sie, wie dies so oft geschieht, mit Fracturen des Siebbeins combinirt sind, Caries und Necrose nachfolgen können, ist eine namentlich auch von Otto Weber sicher constatirte Thatsache; dagegen spricht nun in unserem Falle die lange Zeit von 14 Jahren, welche, vorausgesetzt, dass die von dem Kranken gemachten Angaben richtig sind, von der Verletzung bis zum ersten Auftreten der Krankheitserscheinungen verstrichen ist. In Betracht käme ferner noch die Möglichkeit einer tuberculösen Knochenerkrankung sowie der Anwesenheit einer Neubildung (Sarcoms?), welche von der hintern Fläche der verletzten Nasenbeine aus — vielleicht aus einem Bluterguss — symptomlos ihren Ausgang nahm und langsam wachsend sich im Laufe der Jahre allmählig nach rechts und links auf das Siebbein ausbreitete, bis sie die N. ethmoidales an ihren Austrittsstellen an der vordersten Oeffnung der Lamina cribrosa erreichte und dann erst Drucksymptome erzeugte.

Das therapeutische Interesse des Falles tritt gegenüber dem diagnostischen umsomehr in den Hintergrund, als sich locale und medicamentöse Behandlung gleich ohnmächtig erwiesen. Instillationen und Bepinselungen mit 20 Proc. Cocaïnlösung, Insufflationen reinen Cocaïns in die obersten Partieen der Nase vermochten ebensowenig einen nennenswerthen Nachlass der Schmerzen zu bewirken, als subcutane Injectionen von Arsenik, Cocaïn oder Morphium; das letztere erzeugte so starke Uebligkeiten und Allgemeinsymptome, dass von der subcutanen Application Abstand genommen werden musste; innerlich wurde es dagegen gut vertragen und verschaffte dem vielgequälten Kranken wenigstens für einige Stunden Erleichterung.

Bei der Ohnmacht der Therapie dachte ich auch an die Resection der N. ethmoidalis von der Orbita aus, die nach Zeissl (Wien. Med. Presse No. 5. 1881) bisher allerdings nur dreimal von Dumreicher, Albert und Nicoladoni ausgeführt worden sein soll; ich schickte deshalb, um über die Möglichkeit und eventuelle Nützlichkeit dieser Operation ein competentes Urtheil zu erhalten, den Kranken zu Herrn Geheimrath von Nussbaum, der den Patienten schon früher gesehen hatte; derselbe sprach sich jedoch im Hinblick auf die Doppelseitigkeit der Neuralgie und den offenbar dyscrasischen Charakter der Grundkrankheit mit Bestimmtheit gegen die Operation aus.

Patient gebrauchte in seiner Heimath noch längere Zeit Jodkali, doch ohne jeglichen Erfolg. Die Schmerzen, welche bis zur Stunde noch immer genau an den früher beschriebenen Stellen fortbestehen, waren zwar eine kurze Zeit über weniger intensiv, steigerten sich aber in den letzten Wochen wieder zur Unerträglichkeit. Das Geruchsvermögen ist jetzt nahezu vollständig vernichtet; eitriger oder übelriechender Ausfluss nicht vorhanden; dagegen berichtet Patient jetzt von wiederholtem Nasenbluten, das bisher jedoch nur zweimal beträchtlichere Dimensionen angenommen habe; das knackende Geräusch bestehe immer noch, habe aber an Intensität nachgelassen. Leider ist dem Patienten bei der weiten Entfernung unmöglich, sich von Zeit zu Zeit vorzustellen; vielleicht wird dem Verfasser nochmals Gelegenheit gegeben, auf den interessanten Fall zurückzukommen.

Ueber Kern- und Zelltheilung.

Von Professor Dr. *R. Bonnet.*

In nachstehenden Zeilen gebe ich, einem Wunsche der Redaction dieses Blattes nachkommend, einen summarischen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Kern- und Zellvermehrungsfrage. Da ich hier nicht für Histologen von Fach schreibe, soll mit möglichster Vermeidung strittiger Details unser gegenwärtiger Einblick in diese physiologisch wie pathologisch gleich wichtige Erscheinung des Zellenlebens skizzirt und von der in den letzten Jahren enorm angeschwollenen Fluth von Literatur nur das Nothwendigste, die thierische Zelle Betreffende, berücksichtigt werden. Sich intensiver für das Thema interessirende Leser verweise ich auf das classische und bahnbrechende Buch von Flemming[1]) und eine vor Kurzem erschienene treffliche Arbeit von Rabl[2]), in welch beiden Werken die Literatur eingehend berücksichtigt ist. Eminenter Fleiss und unerschütterliche Geduld emsiger Forscher haben vermittelst verbesserter optischer Hülfsmittel und verfeinerter histologischer Technik unser Wissen von dem Bau der Zelle und von den bei ihrer Theilung auftretenden Erscheinungen in den letzten Jahren in geradezu frappanter Weise bereichert. Aber gerade die Menge des zu Tage geförderten Materiales macht es zunächst zur Pflicht, die bei Kern- und Zelltheilungen wahrnehmbaren Vorgänge durch sorgfältigste Untersuchung klar zu stellen, um erst auf der so geschaffenen Basis die physiologische Deutung des Gesehenen zu wagen. Ich werde also vorerst einen Ueberblick über das, freilich nur mit homogenen Immersionen und Abbé'schem Beleuchtungsapparate, während der Zelltheilung deutlich Sichtbare geben, wobei ich betone, dass die an Tinctionspräparaten erkennbaren Verhältnisse durch den Vergleich mit der lebenden Zelle controllirt und dadurch Artefacte ausgeschlossen werden können. — Jede Schilderung von Kern- und Zelltheilung setzt die Kenntniss vom feineren Bau der Zelle voraus, es ist somit eine kurze Schilderung der gegenwärtigen Anschauung von der Structur der Zelle zu weiterem Verständniss vorauszuschicken. Bekanntlich besteht jede Zelle aus dem nackten oder membranhaltigen Zellkörper und dem von ihm umschlossenen Zellkern.

M. Schultze schilderte die Zelle als aus einer zähflüssigen, glasartig durchsichtigen Masse, dem Protoplasma bestehend, in

1) Zellsubstanz, Kern und Zelltheilung von W. Flemming. Leipzig. F. C. W. Vogel 1882.

2) Ueber Zelltheilung von Dr. C. Rabl. Morpholog. Jahrbuch B. X. H. 2. S. 214 u. ff.

welchem Körnchen enthalten sind oder wenigstens enthalten sein können, mit Kern und Kernkörperchen. Diese „Protoplasmatheorie“ befriedigte die Histologen unverhältnissmässig lange Zeit, obgleich einfache Ueberlegung eine feinere und differente Structur der Zellen als Grund ihrer verschiedenartigen Leistungen vorauszusetzen gebot und zu eingehenderen Untersuchungen einladen musste.

Erst Mitte der siebenziger Jahre trat ein die heutigen Anschauungen anbahnender Umschwung ein und alle sich mit Zellstructur befassenden Forscher, von denen ich nur Fromann, Heitzmann, Kupffer, Schwalbe, Flemming, Strassburger (Pflanzenzelle), Schleicher, Arnold, Waldeyer, Stricker nennen will, überzeugten sich, wenngleich in ihren Anschauungen nicht unwesentlich differirend, von dem ausserordentlich complicirten Bau der Zelle. Heute lässt man mit Flemming den nach jeder Richtung hin vagen und noch obendrein subjectiv schwankenden Begriff „Protoplasma“ am besten ganz fallen und unterscheidet zunächst noch im rein morphologischen Sinne in der Zellsubstanz:

a) eine geformte fadige, stärker lichtbrechende, den Zellenleib durchsetzende Masse, die Filarmasse, und

b) eine alle zwischen den Fäden befindliche Lücken erfüllende ungeformte Substanz, die Interfillarmasse, in der Einschlüsse oder Stoffwechselproducte liegen können. [3])

In der Nähe des Kernes zeigt die Filarmasse ein mehr schwammiges oder netzförmiges Gefüge, aus dem sich gegen die Peripherie der Zelle zu entweder allseitig oder nur an bestimmten Stellen Fäden, Bälkchen, Blättchen und dergleichen entwickeln können, die aber unter einander nicht mehr in Verbindung treten (Rabl). Ausserdem findet sich in vielen Zellen in unmittelbarer Umgebung des Kernes ein mehr oder weniger auffallender, von nicht genetzter, weniger lichtbrechender Substanz erfüllter Hof, in welchen sich nur einzelne Netzzüge bis zum Kern heran fortsetzen können. Filar- und Interfilarmasse wechselt je nach der Zellenart in ihrer Menge und Anordnung in nicht unwesentlichem Grade.

In der Zellsubstanz liegt der Zellkern. Derselbe erweist sich in optischer, chemischer und morphologischer Hinsicht als besonderer und eigenartiger Theil der Zelle und darf keineswegs, wie das früher vielfach geschah, als „verdichtetes Protoplasma“ aufgefasst werden. Die im Kerne erkennbaren Structuren verhalten sich je nach dessen physiologischen Zuständen verschieden. Einstweilen unterscheidet man den Zustand der „Ruhe“ und den „des Kerns in Theilung“. Zweifellos werden sich bei eingehenderen Untersuchungen auch feinere Differenzen in der Structur ruhender Kerne ergeben, denn streng genommen kann ja der Kern einer lebenden Zelle nicht im Zustand absoluter Ruhe gedacht werden. Leben ist Bewegung und die zur Zeit vor allem an Kernen secernirender oder nicht secernirender Drüsenzellen erkannten Differenzen berechtigen die oben ausgesprochene Vermuthung, dass sich auch im ruhenden Kerne stete, wenn auch noch kaum bekannte, Bewegungen abspielen. Da aber ein auffallender Gegensatz zwischen „ruhendem“ und „sich theilendem Kern“ besteht, bitte ich die nachstehende Schilderung zunächst nur auf „ruhende Kerne“ zu beziehen.

Optisch differenzirt sich der Kern durch seine der Regel nach stärkere Lichtbrechung meist schon in der lebenden Zelle durch Contour und Innenstructur. Aus der Unsichtbarkeit eines Kernes in der lebenden Zelle auf sein Fehlen zu schliessen, wäre ungerechtfertigt, da derselbe durch Reagentien nachweisbar ist. Dass der Kern nachträglich in gewissen Zellen verloren gehen kann, ist bekannt, ursprünglich aber besitzt jede Zelle einen Kern; das Vorkommen wirklich kernloser Zellen mit Ausnahme der Moneren ist nicht erwiesen.

Chemisch charakterisirt sich der Kern dem Zellkörper gegenüber durch seinen Gehalt an Nuclein und Chromatin.

Morphologisch ist am Kern: a) geformte und b) ungeformte Substanz zu unterscheiden.

a) Die geformte Substanz bildet das Kerngerüste, das in Gestalt eines verästelten Strangwerkes den Kern durchsetzt und am Umfange des Kernes entspringt. Seine Fäden confluiren hier entweder zu einer dünnen durchbrochenen Wandschichte oder reichen nur an wenigen Stellen zum Umfange des Kernes heran. Reichlichkeit, Dichtigkeit und Anordnung dieser „Kerngerüste“ schwanken — abgesehen von physiologischen Zuständen an einem und demselben Kerne — vielfach je nach der Zellenart.

Die Bälkchen des Kerngerüstes verdicken sich stellenweise zu stärkeren Strängen oder confluiren zu kleinen Knötchen an ihren Kreuzungsstellen den „Netzknoten“.

Fast in allen Kernen findet man ein oder mehrere Kernkörperchen oder Nucleolen. Sie fehlen nur jungen Tochterkernen bald nach der Theilung, bilden sich dann aber rasch wieder. Der Lage nach zwar im Kerngerüst befindlich, sind sie wegen ihrer stärkeren Lichtbrechung und chemischen Reaction doch nicht mit den Netzknoten zu verwechseln. Ihr physiologischer Werth ist unklar.

Das ganze stark lichtbrechende Kerngerüste wird wegen seiner intensiven Färbbarkeit als Chromatin (Flemming) bezeichnet und ist möglicherweise mit Nucleinkörpern identisch, jedenfalls der Träger derselben. Da sich bei Kerntinctionen auch die Kernkörperchen intensiver färben, hat man unter Chromatin die ganze sich färbende Substanz des Kernes d. i. Gerüst Nucleolen zu verstehen. [4]) Es ist eine offene Frage, ob das ganze Gerüstwerk aus Chromatin besteht oder ob letzteres nur als Hauptmasse in Gerüst- und Kernkörpern enthalten, daneben aber noch ein nicht färbbares geformtes Substrat vorhanden ist. Die früher vielfach angenommene Existenz „homogener“ Zellkerne ist nicht erwiesen und wird nur durch ungenügende oder allzu starke Reagenswirkungen vorgetäuscht. Homogen erscheinen höchstens Kerne zu Grunde gehender oder verhornender Zellen.

Der ruhende Kern wird gegen die Zellsubstanz durch die schon erwähnte, dem Chromatin zugehörige, periphere Ausbreitung des Kerngerüstes in Gestalt einer lückenhaften färbbaren Membran, die chromatische Membran, abgegrenzt. Ob eine weitere unter gewissen Verhältnissen mitunter sichtbare aber nicht tingirbare Abgrenzung des Kernes gegen die Zellensubstanz als „achromatische Kernmembran“ oder nur als verdichtete Grenzschichte der Zellsubstanz gegen den Kern zu zu betrachten ist, erscheint fraglich. Ein Zusammenhang der Fäden des Kerngerüstes mit den Fäden der Filarmasse der Zellsubstanz ist nicht erwiesen.

b) Unter der ungeformten Substanz des Zellkernes, dem Kernsaft (R. Hertwig) versteht man alle übrige coagulirbare, nicht erkennbar structurirte im Kern vorhandene Masse, die freilich nicht durchweg als tropfbar flüssig sondern etwa als weich gelatinös zu denken ist. Dieselbe ist in specifischen Kernfärbemitteln nicht tingirbar, daher sie auch als Achromatin bezeichnet wird (Flemming).

Die feinere Anordnung des Chromatins im ruhenden Kerne hat man sich nach den eingehenden Studien Rabl's so vorzustellen:

Man unterscheidet am nebenstehendem Schema die Polseite p., welche namentlich an Kernen, die sich zur Theilung anschicken, deutlich wird, und die ihr gegenüberliegende Gegenpolseite gp. An ersterer markirt sich ferner ein durch die Fädenschlingen des Gerüstes enger begrenztes helles Feld, das Polfeld pf. Die Gerüstbälkchen laufen an der Gegenpolseite beginnend zum Polfeld, biegen hier schlingenförmig um und kehren zur Gegenpolseite zurück. Von diesen „primären Kernfäden“ gehen feine „secundäre Fädchen“ als seitliche Fortsätze und von

3) Ich ziehe die oben angeführten Bezeichnungen den neben ihnen von Flemming vorgeschlagenen „Mitom“ und „Paramitom“ (von μίτος Faden) vor. Da man auch bei der Kerntheilung von Mitose spricht, sind bei oberflächlichem Lesen Verwechslungen beider ähnlich lautender Begriffe naheliegend.

4) Ich schliesse mich hier Flemming an. Brass, Fraisse Schmitz fassen den Begriff Chromatin weiter und verstehen darunter alles in der Zelle, also im Kern und der Zellsubstanz Färbbare.

diesen vielleicht noch tertiäre abermals feinere Fädchen aus. Diese Fäden können unter einander in Verbindung treten und in den Knotenpunkten des dadurch entstehenden Netzes können sich gröbere Chromatinmassen zu nucleolenartigen Gebilden ansammeln. Erreichen dieselben dem Kernnetze gegenüber eine grössere Selbständigkeit, so können sie zu wahren Nucleolen werden.

Fig. 1. Schema des ruhenden Zellkerns nach Rabl. Kern in Seitenansicht. p = Polseite; gp = Gegenpolseite; pf = Polfeld bei a die primären, bei b die secundären etc. Kernfäden. In der rechten Kernhälfte befinden sich auch Nucleolen eingezeichnet.

Der biologische Werth des Zellkernes ist noch gänzlich unklar, sein allgemein verbreitetes Vorkommen und seine Erhaltung in lebensfähigen Zellen sprechen aber für eine bestimmte Bedeutung desselben. —

Ich wende mich nun zum eigentlichen Vorwurf dieses Aufsatzes zur Besprechung der Kern- und Zelltheilung.

Da eine freie Zellentstehung, wie sie früher von Schwann und Schleiden aufgestellt worden war, bis jetzt nicht einwandslos bewiesen werden kann, so ist an den Kopf jeder Abhandlung über Kern- und Zellvermehrung das Axiom: Omnis cellula e cellula, ommis nucleus e nucleo zu stellen (Virchow, Strassburger), womit von vorneherein das Auftreten neuer Zellen an die Existenz bereits vorhandener geknüpft erscheint, von denen sie durch Theilung producirt werden.[5]) Diesen Theilungsprocess der Zellen stellte man sich bis zu Anfang der siebenziger Jahre nach der Remak'schen Lehre sehr einfach vor, nach welcher sich zuerst das Kernkörperchen, dann der Kern und zuletzt die Zelle durch halbirende Zerschnürung theilen sollten.

Heute unterscheiden wir einmal eine directe Zelltheilung oder amitotische Theilung (Flemming), d. h. die Theilung einer Zelle nach vorgängiger oder mit gleichzeitiger Theilung des Kernes, bei welcher der letztere keine innere Metamorphose erkennen lässt. Ihr Vorkommen ist mit Ausnahme amöboider Zellen für fixe Gewebszellen nicht erwiesen, somit ein, wie es scheint, sehr beschränktes. Natürlich darf nicht jede Kerneinschnürung auf directe Theilungsvorgänge bezogen werden, umsoweniger, wenn keine Theilung der Zellsubstanz derselben folgt oder sie begleitet. Damit soll die Möglichkeit des Vorkommens directer Kerntheilungen ohne nachfolgende Zelltheilung allein für Leucocyten nicht geläugnet werden.

Die zweite ungleich weiter verbreitete Form und, wie es scheint, die Norm der Zellvermehrung ist die indirecte oder mitotische Kern- und Zelltheilung (Flemming) oder karyokinetische Theilung (Schleicher). Sie ist es, welche unter allen histologischen Fragen gegenwärtig, wie das stete und rapide Anwachsen der einschlägigen Literatur beweist, am meisten das allgemeine Interesse fesselt, denn mit Recht wird den bei ihr sich abspielenden nach einer typischen Reihenfolge verlaufenden Vorgängen eine grosse Bedeutung zuerkannt in dem Gefühle, dass sie uns wichtige Aufschlüsse über das Leben der Zelle in Aussicht stellen.

Die indirecte Zelltheilung leitet sich durch eigenthümliche Metamorphosen des Zellkernes ein, die zur Bildung fadiger Figuren, der Mitosen Flemming's oder Kerntheilungsfiguren führen. An der Kerntheilungsfigur hat man wieder die achromatische Figur oder Kernspindel, welche aus dem Achromatin, möglicherweise auch aus nicht färbbaren Massen der Zellensubstanz (Strassburger), sich bildet, und die chromatische aus dem chromatinhaltigen Kerngerüst und den Nucleolen hervorgehende Figur zu unterscheiden. Sie ist es, deren typische Formationen in gesetzmässiger Reihenfolge während der Theilung aus einander hervorgehend, vor allem in die Augen fallen und zur Aufstellung der „Kerntheilungsphasen" geführt haben, denen Flemming folgendes Schema gibt:

Mutterkern (Gerüst, Ruhe)

1) Knäuelform (Spirem)
2) Sternform (Aster)
3) Umordnungsphase (Metakinesis)
4) Tochtersterne (Dyaster)
5) Tochterknäuel (Dispirem)
6) Tochterkern (Gerüst, Ruhe)

Die Gültigkeit dieses an den grosskernigen Zellen von Salamanderlarven gewonnenen Schemas für alle Fälle indirecter Zelltheilung ist, da dieselben Verhältnisse bei Wirbelthieren, Wirbellosen und Pflanzen in einer Menge sich theilender Zellen mit nur unwesentlichen Abweichungen erkannt werden konnten, kaum mehr zu bezweifeln. Meine Schilderung hält sich an die bis jetzt günstigsten und am eingehendsten untersuchten Objecte, die Zellen der Larve von Salamandra maculosa.

I. Phase: Knäuelform der Kernfigur, Mutterknäuel Spirem.

Der Kern vergrössert sich, wird stärker lichtbrechend und tingirt sich dunkler. Seine chromatische Substanz vermehrt sich und sammelt sich in eigenthümlichen unregelmässigen Fäden mit gezackten Rändern, die namentlich dicht unter der jetzt sehr deutlichen achromatischen Kernhülle viel reichlicher als im Binnenraume des Kernes gelegen sind und in deren Bildung die Netzknoten und Nucleolen allmälig aufgehen.

Fig. 2. Dichter Mutterknäuel von der Seite gesehen, p = Polfeld, gp = Gegenpolfeld.

Von den rauhen Fadenrändern gehen zwar noch zarte Fortsätze ab, die sich mit anderen ähnlichen Fortsätzen benachbarter Fäden verbinden, es gewinnt aber bald den Anschein, als ob Chromatin von allen Seiten her aus vorgebildeten Bahnen confluire, um die gröberen Knäuelfäden zu formiren. Diese meist quer zur Längsachse des Kernes verlaufenden Fäden werden allmälig unter Einziehung der seitlichen Fortsätze dicker, ihre Färbbarkeit steigert sich und der Kern tritt nun in das Stadium des dichten Knäuels ein. Dieser ganze Knäuel besteht nach Flemming und Strassburger aus einem einzigen vielfach gewundenen Faden, nach Rabl, dessen Arbeit ich in Folgendem speciell berücksichtigen muss, aus einer ziemlich grossen Anzahl von Fäden.

In dem von der dünnen achromatischen Hülle umgebenen Kernsaft sind noch keine Veränderungen zu bemerken.

Durch allmälige Verkürzung und Verdickung der Fäden formt sich der dichte Knäuel in den dickfadigeren lockeren Knäuel um, indem die wellenförmig gebogenen Fäden unter abermaliger Steigerung ihres Tinctionsvermögens glattrandig werden. An der Gegenpolseite findet man mitunter die auch in der Abbildung gegebenen dislocirten Schleifen.

Fig. 3. Lockerer Knäuel von der Seite gesehen.

Die achromatische Kernhülle ist noch deutlich sichtbar, ebenso ein den Kern umgebender heller Hof.

Nun segmentirt sich der Knäuel (Stadium des segmentirten Knäuels Flemming), indem sich wahrscheinlich die Fadenschlingen durch Quertheilung vermehren. Das Polfeld erscheint durch Auseinanderrücken der Schlingen frei von solchen. Die Fäden sind durch die Segmentirung dünner und kürzer geworden, stehen mit ihren Enden weiter von einander ab und ihre Unterbrechungen markiren sich überall sehr scharf.

Fig. 4. Segmentirter Knäuel von der Seite.

Die Zahl der Fadensegmente beträgt für Epithel- und Bindegewebszellen der Salamanderlarven constant 24 (in den Figuren sind im Interesse der Deutlichkeit viel weniger abgebildet) und es steht zu vermuthen, dass für jede Zellenart ein bestimmtes Zahlengesetz existire. (Rabl).

5) Die abweichenden Formen der Zellvermehrung durch Sprossung und endogene Zellbildung sind im Kerne ihres Wesens nicht von der Zelltheilung verschieden.

Es ist fraglich, ob die Fäden schon ursprünglich in dieser Zahl vorhanden sind, oder, was wahrscheinlicher ist, erst durch fortschreiende Segmentirung diese Summe erreichen.

Die meisten Fäden umgeben das Polfeld in weitem Umkreise in Schleifenform, ihre Winkel dem Polfelde zukehrend. Auch die der Gegenpolseite zugehörigen Fäden bilden theilweise Schlingen, jedoch mit weniger scharfen Winkeln als die Polschleifen. Die Schleifenschenkel sind von gleicher oder nahezu gleicher Länge, seltener auffallend ungleich lang, meist etwas wellig gebogen. Bei ungleicher Länge ist der längere gebogen, der kürzere gerade. Diese Krümmung heisst secundärer Schleifenwinkel, im Gegensatz zu den dem Polfelde zugekehrten primären Schleifenwinkeln, welche im lockern wie im dichten Knäuel dieselben sind, während die secundären wohl aus den grösseren Wellenbiegungen der Fäden hervorgegangen sind. Die einzelnen Fadensegmente unter sich sind von ungleicher Länge.

In der Mitte des Polfeldes wird jetzt die schon in der vorigen Figur angedeutete achromatische Figur oder Kernspindel (ks) in Gestalt einer aus zarten blassen nicht tingirbaren Fäden bestehenden Spindel sichtbar. Diese achromatische Kerntheilungsfigur ist durch Bütschli, Strassburger, O. Hertwig, Fol für Infusorien, Eizellen und Pflanzen seit lange bekannt. Ihre Fäden entstehen entweder aus dem Achromatin des Kernes (Flemming) in Form blasser innerhalb der Chromatinfäden des Knäuels gelegenen Fäden, oder, was weniger wahrscheinlich, unter Eindringen von Zellsubstanz in den Kern, die dann streifige Structur annimmt, und die Kernspindel bildet (Strassburger).

Hier ist der Platz, einige für die Schilderung weiterer Phasen absolut nöthige Bezeichnungen einzuschalten. Die beide Pole der Kernspindel verbindende Linie heisst Theilungsachse; eine durch die Mitte der Theilungsachse gelegte senkrechte Ebene wird als die Theilungsebene bezeichnet. Die Verfolgung der Kernspindel in den beistehenden und folgenden Figuren lehrt, dass die ursprünglich nahezu parallel zur Längsachse des Kernes stehende Theilungsachse sich verlängert und sich allmälig mehr und mehr senkrecht auf die letztere stellt.

Aus dieser Schilderung ergiebt sich ferner, dass die ursprünglich an ein und derselben Seite des Kernes in dem einfachen Polfelde gelegenen beiden Pole der Kernspindel sich erst allmälig von einander entfernen, sodass man dann nicht mehr von Pol- und Gegenpolseite sondern von zwei sich gegenüberliegenden Polfeldern zu sprechen hat, umsomehr als sich an denselben später zwei stärker lichtbrechende Substanzparthieen, die Polkörperchen (v. Beneden, Flemming, Fol) bilden, und somit wirklich eine körperliche Differenzirung der Theilungspole statt hat (Flemming).

Die dünne chromatische Hülle des Kernes ist jetzt verschwunden. Um die chromatische Kernfigur tritt im Zellenleib ein heller Hof auf und die Zellsubstanz zeigt jetzt in der Peripherie ein mehr feingranulirtes oder zart streifiges Aussehen. Nun findet auch eine Verschiebung der Schleifen statt Hand in Hand mit der veränderten Stellung der Pole und der Verschiebung der Theilungsachse der Kernspindel, die jetzt sowohl gegen die Längsachse als gegen die Querachse des Kernes geneigt erscheint.

Fig 5. Endstadium des Knäuels. Längsspaltung der Knäuelfäden. Seitenansicht.

Die Schleifen drängen sich jetzt schon nach dem Centrum der Theilungsachse zu, beide Pole liegen sich jetzt gegenüber, die von ihnen ausgehenden Spindelfasern sind deutlich, die Theilungsachse hat nahezu ihre definitive Stellung eingenommen. Die Fadenschleifen der chromatischen Figur kehren ihre Winkel der Theilungsachse zu, während die Kernspindel meist frei von chromatischen Fäden ist und nicht genau central, sondern noch etwas excentrisch die chromatische Figur durchsetzt.

Mit diesem Stadium schliesst die Knäuelphase ab. Am Ende derselben tritt die in den späteren Phasen stets deutliche, von Flemming entdeckte Längsspaltung der Fäden in Schwesterfäden ein, deren Zusammensetzung aus Pfitzner'schen Körnern oder Chromatinkugeln jetzt allgemein anerkannt wird. Pfitzner entdeckte nämlich, dass die ungespaltenen Fäden aus Chromatinkugeln bestehen, welche durch Theilung feinere Kügelchen bilden, die hintereinander liegend die Schwesterfäden aufbauen.

(Schluss folgt.)

Die königliche Universitätsfrauenklinik in München und deren Erlebnisse vom 1. Mai 1884 bis 30. April 1886.

Von *F. Winckel.*

(Schluss).

IV. Bericht über die Poliklinik.

Referent: Herr Dr. Stumpf.

Die geburtshülfliche Poliklinik wurde im Jahre 1849 von dem damaligen ausserordentlichen Professor für Geburtshülfe Joseph Hofmann aus Privatmitteln in's Leben gerufen. Erst Ende 1850 ging die Poliklinik auf Hofmann's wiederholtes Ansuchen in den Besitz der Universität über und wurde aus Universitätsmitteln etatisirt, stand aber unter Hofmann's Leitung — vollkommen getrennt von der geburtshülflichen Universitätsklinik — bis zum Jahre 1859, in welchem Jahre sie mit der geburtshülflichen Universitätsklinik unter der Direction des neu berufenen ordentlichen Professors für Geburtshülfe, Dr. Carl Hecker, vereinigt wurde. Im Jahre 1855 war die geburtshülfliche Poliklinik mit den anderen Polikliniken vereinigt der Reisinger'schen Stiftungs-Administration unterstellt worden und wurde von diesem Jahre an als Annex des Reisingerianums verwaltet. Nach C. v. Hecker's Tode im December 1882 wurde die Poliklinik gleich der Klinik der interimistischen Direction von Professor J. Amann unterstellt, bis Anfangs November 1883 v. Hecker's Nachfolger Winckel die definitive Leitung übernahm. Aus administrativen Gründen wurde es jedoch erst am 1. Mai 1884 möglich, auch die Poliklinik zu reformiren, denn erst an diesem Tage ging die bisherige städtische Gebäranstalt München in den Besitz des Staates über.

Die Frequenz der Poliklinik hatte sich bereits unter Hofmann's thätiger Leitung aus kleinen Anfängen sehr rasch zu einer grossen Zahl jährlicher Entbindungen gehoben und ist jetzt, nachdem sie in den siebenziger Jahren beträchtlich gesunken war, wieder in erfreulicher Zunahme begriffen. Die folgende Tabelle veranschaulicht die Bewegung der Frequenzziffer der Poliklinik seit ihrem Bestehen.

Vom	1.	Februar	1849	bis	31.	December	1849	98	Fälle
„	1.	Januar	50	„	30.	November	50	256	„
„	1.	December	50	„	31.	October	51	292	„
„	1.	November	51	„	30.	September	52	407	„
„	1.	October	52	„	30.	„	53	322	„
„	1.	„	53	„	30.	„	54	560	„
„	1.	„	54	„	30.	„	55	445	„
„	1.	„	55	„	30.	„	56	428	„
„	1.	„	56	„	30.	„	57	493	„
„	1.	„	57	„	30.	„	58	458	„
„	1.	„	58	„	30.	„	59	503	„
„	1.	„	59	„	30.	„	60	485	„
„	1.	„	60	„	30.	„	61	428	„
„	1.	„	61	„	30.	„	62	510	„
„	1.	„	62	„	30.	„	63	488	„
„	1.	„	63	„	30.	„	64	989	„
„	1.	„	64	„	30.	„	65		
„	1.	„	65	„	30.	„	66	1154	„
„	1.	„	66	„	31.	„	67*)		
Im Jahre		1868	436	Fälle		Im Jahre	1873	171	Fälle
„		69	487	„		„	74	182	„
„		70	502	„		„	75	142	„
„		71	512	„		„	76	138	„
„		72**)	136	„		„	77	145	„

*) Einführung des Kalenderjahres als Etatsjahr.

**) Aufhebung der gesonderten poliklinischen Assistentenstelle.

Im Jahre 1878	126	Fälle	Im Jahre 1881	134	Fälle
„ 79	156	„	„ 82	119	„
„ 80	111	„	„ 83	96	„
Vom 1. Januar bis 30. April			1884	31	„
„ 1. Mai „ 31. December			84	259	„
1885				384	„
1. Januar bis 30. April 1886				150	„

Die Zahl der Praktikanten war unter Hofmann's Leitung auf 6 beschränkt. Vom Bestehen der Poliklinik an bis zur Uebernahme durch Hecker hatten unter Hofmann's Leitung 74 angehende Aerzte an der Poliklinik theilgenommen. Ueber die Zahl der Praktikanten in den späteren Jahren finden sich erst wieder vom Herbst 1878 Aufzeichnungen.

Es waren thätig:

Im Winter-Semester	1878/79	6 Praktikanten
„ Sommer- „	1879	15 „
„ Winter- „	1879/80	9 „
„ Sommer- „	1880	21 „
„ Winter- „	1880/81	22 „
„ Sommer- „	1881	13 „
„ Winter- „	1881/82	11 „
„ Sommer- „	1882	11 „
„ Winter- „	1882/83	26 „
„ Sommer- „	1883	14 „
„ Winter- „	1883/84	5 „
„ Jahre 1884 (1. Mai bis 31. Dec.)		46 „
„ „ 1885		56 „
Vom 1. Januar bis 30. April 1886		23 „

Die Gesammtzahl der behandelten Fälle beträgt seit 1. Mai 1884 793. Dieselben vertheilen sich in folgender Weise:

	1. Mai bis 31. Dec. 1884	1885	1. Jan. bis 30. April 1886
Anomalien der Schwangerschaft	11	16	9
Geburten incl. Aborte	186	275	101
Anomalien im Wochenbett	28	34	13
Erkrankungen Neugeborener	9	7	2
Kranke Frauen	25	52	25

I. Anomalien der Schwangerschaft.

	1884	1885	1886
Blutungen	3	4	1
Retroflexio uteri gravidi	—	1	1
Hydrorrhöe	—	1	1
Prolapsus uteri incompletus	—	1	—
Hernia inguinalis	—	—	1
Graviditas interstitialis	—	1	—
„ ovarialis	—	1	—
Hämatoma vulvae	—	1	—
Condylomata acuminata	—	1	—
Cystitis	—	2	1
Hysterie	—	1	—
Amblyopie (ohne Nierenerkrankung)	1	—	—
Verdauungsanomalien	5	1	—
Bronchitis	—	1	—
Tuberculose	1	2	1
Struma	—	1	—
Ulcus ventriculi rotundum	—	—	1
Rheumatismus articulorum acutus	—	1	—
Contusio durch Fall	—	—	1
Plötzlicher Tod	—	—	1

Todesfälle:

1 Fall von Graviditas interstitialis an Ruptur des Fruchtsackes.
1 Fall von Tuberculose im 4. Monat der Schwangerschaft.
1 plötzlicher Todesfall aus unbekannter, auch durch die Section nicht aufgedeckter Ursache.
Der Fall von Ovarial-Schwangerschaft wurde in die Klinik aufgenommen.

II. Geburten.

Von den 562 Geburten waren	1884	1885	1886
Abortus	27	29	9
Partus immaturi	13	16	5
„ praematuri	23	19	5
„ maturi	123	211	82

Von 578 Personen, welche während der Fortpflanzungs-Phase behandelt wurden und bei welchen das Alter notirt ist, waren:

	1884	1885	1886
unter 20 Jahre alt	11	8	5
zwischen 20 und 25 Jahren	62	73	17
„ 26 „ 30 „	44	61	21
„ 31 „ 35 „	45	60	34
„ 36 „ 40 „	42	56	22
über 40 Jahre	14	16	7

Nach der Anzahl der Geburten vertheilen sich die behandelten Personen in folgender Weise:

	1884	1885	1886		1884	1885	1886
I. parae	53	88	28	XI. parae	3	7	2
II. „	17	30	16	XII. „	1	11	2
III. „	21	27	8	XIII. „	4	4	—
IV. „	21	25	5	XIV. „	3	4	—
V. „	10	20	6	XV. „	—	1	—
VI. „	11	30	15	XVI. „	—	3	—
VII. „	13	16	7	XVII. „	—	—	—
VIII. „	11	21	9	XVIII. „	1	1	1
IX. „	10	12	1	XIX. „	1	—	—
X. „	3	8	2	XX. „	1	—	—
Demnach I parae					53	88	28
Mehrgebärende (II—V p.)					69	102	35
Vielgebärende					62	118	39

Die Kindeslagen vertheilen sich in folgender Weise:

	1884	1885	1886
I. Schädellage	56	95	26
II. „	36	45	20
? „	24	23	12
I. Vorderscheitellage	3	5	1
II. „	1	3	1
I. Stirnlage	—	1	1
II. „	—	1	—
I. Gesichtslage	2	4	2
II. „	—	4	2
I. Steisslage	1	5	—
II. „	4	6	2
? „	3	1	2
I. unvollkommene Fusslage	3	1	—
II. „ „	4	4	3
I. vollkommene Fusslage	5	1	3
II. „ „	—	2	—
Fusslage ohne nähere Bezeichnung	2	3	—
Schieflage Ia	1	4	2
„ Ib	2	4	—
„ IIa	4	5	1
„ IIb	1	3	1

Zwillingsgeburten ereigneten sich im Jahre 1884 5
„ 1885 6
„ 1886 4

Ausserdem je 1 Zwillingsabort in den beiden letzten Jahren. Die bei den Zwillingsgeburten beobachteten Lage-Combinationen waren:

Beide Kinder in Schädellage	4 mal
Schädellage — Beckenendlage	6 „
Beckenendlage — Schädellage	4 „
Schieflage — Beckenendlage	1 „

Geburtshilfliche Operationen.

Es kamen in der Zeit vom 1. Mai 1884 bis 30. April 1886 an operativen Eingriffen vor:

	1884	1885	1886
Künstlicher Blasensprung	1	4	1
Reposition eines vorgefallenen Armes oder Fusses	4	4	1
Reposition der Nabelschnur	1	6	3
Nachhilfe u. Extract. bei Beckenendlage	9	13	9
Wendung bei Schieflage (auf d. Fuss)	7	14	4
„ „ „ („ Kopf)	1	1	—
„ „ Kopflage auf den Fuss	3	9	3
Forceps	28	25	12
Craniotomie	1	4	—
Manuelle Entfernung der Placenta	5	12	4
Punctio Hydrocephali	—	1	—

Von wichtigen Complicationen der Geburt kamen zur Beobachtung:

	1884	1885	1886
Placenta praevia	5	10	2
Eclampsie	1	1	—
Armvorfall bei Kopflage	3	3	—
Arm- und Fussvorfall bei Kopflage	2	1	1
Nabelschnurvorfall	5	14	5
Hydrocephalus	—	1	1
Myome des Uterus	2	3	—
Carcinom des Uterus	—	1	—
Uterus bicornis	—	—	1
Ruptura uteri	—	1	1
Ruptura perinei	15	19	12
Hysterische Anfälle	—	2	—
Hernia inguinalis	—	2	—
Atonia uteri in d. III. Geburtsperiode	30	66	26
Chorion- und Placentardefecte		7	2
Struma	—	3	—
Insufficienz der Mitralis	—	2	—
Vorgeschrittene Tuberculose	—	1	—
Lues	—	3	—
Rheumatismus articulorum acutus	—	1	—
Ohnmachtsanfälle	—	1	—
Partus praecipitatus	—	1	1
Beckenenge	7	13	5

Resultate für die Mütter.

An den Folgen abundanter Blutungen nach der Geburt starben 5 Personen. Jedesmal handelte es sich um weit an der Peripherie der Stadt wohnende Frauen, welche bereits collabirt waren, als ärztliche Hilfe eintraf.

2 Frauen starben an Ruptura uteri; bei beiden war die Ruptur bereits eingetreten, als ärztliche Hilfe ankam.

1 Todesfall an Eklampsie.

Im Wochenbett starben 5 Personen, und zwar:

1 an metastatischer Pyämie
2 an septischer Peritonitis
1 an eiteriger Parametritis 10 Wochen p. p.

} 4 Infections-Todesfälle.

(In 2 dieser Fälle hatte die Hebamme eigenmächtig die Placenta manuell entfernt; in einem war von ärztlicher Seite die Placenta gelöst worden; der 4. Fall stammt aus der Praxis einer Hebamme, welche in demselben Hause eine Wöchnerin mit metastatischer Pyämie während der Geburt und im Wochenbett verpflegt hatte.)

Endlich 1 Todesfall an Tuberculose im Wochenbett.

Von infectiösen Erkrankungen im Wochenbett kamen ausserdem vor:

	1884	1885	1886
Parametritis	6	12	—
Peritonitis	—	1	—
Endometritis	1	—	1
Ulcera puerperalia	—	2	1
Schenkelthrombose	1	1	1
Lochiometra	4	1	3

Von nicht infectiösen Puerperal-Erkrankungen kamen vor:

	1884	1885	1886
Anämie mit Ohnmachtsanfällen	2	2	—
Phthisis pulmonum	1	1	—
Rheumatismus artic. ac.	1	—	—
Spätblutungen	—	2	—
Ergotismus	—	1	—
Ischurie	1	—	—
Cystitis	1	1	1
Fistula vesico-cervicalis	1	—	—
Morbus Basedowii	1	—	—
Bronchitis	1	—	—
Taenia	1	—	—
Ulcera mammillae	—	1	1

Resultate für die Kinder.

Von 270 ausgetragenen Kindern wurden geboren:

	1884	1885	1886
Todt	9	16	7
Asphyktisch, wieder belebt	6	16	7
„ nicht belebt	5	5	5
Macerirt	3	2	1
An Lebensschwäche bald nach der Geburt gestorben	3	2	—
An Atrophie längere Zeit nach der Geburt gestorben	—	8	—

Von pathologischen Zuständen wichtigerer Art kamen bei den Neugeborenen zur Beobachtung:

	1884	1885	1886
Hernia diaphragmatica	1	—	—
Rachitis fötalis	1	—	—
Amputatio spontanea (r. Vorderarm)	—	1	—
Gesichtsspalte und Wolfsrachen	—	—	1
Fractura humeri (nach Armlösung)	1	1	—
„ claviculae („)	1	1	—
Facialislähmung	1	1	—
Lues congenita	—	6	—
Blepharoblennorrhöa	4	6	5
Paedatrophie	2	7	1
Soor	2	10	1
Kephalhaematoma	1	—	1
Tetanus neonatorum	—	1	—
Diphtheria faucium	—	1	—
Pemphigus afebrilis contag.	2	—	—

III. Anomalien des Wochenbettes bei Frauen, welche erst als Wöchnerinnen poliklinische Hilfe nachsuchten.

	1884	1885	1886
Metastatische Pyämie	1	1	—
Peritonitis puerp.	1	1	1
Parametritis „	12	5	1

	1884	1885	1886
Mastitis lobularis	—	1	—
„ suppurativa	—	4	2
Placentarpolyp	2	—	—
Spätblutungen	—	4	2
Endometritis septica	—	1	1
Subinvolutio uteri	—	4	—
Condylomata lata	—	2	—
Elephantiasis vulvae	1	—	—
Harnfistel	1	—	—
Tuberculose	1	3	1
Pneumonia crouposa	1	—	—
Rheumatismus artic. ac.	—	1	—
Endocarditis	1	—	—
Hämorrhoidalblutung	—	1	—
Ohnmachtsanfälle	—	3	—
Erysipelas faciei	—	1	—
Urticaria	—	—	1

Zu tödtlichem Ausgange führte nur ein Fall von metastatischer Pyämie.

IV. In der Poliklinik behandelte kranke Frauen.

	1884	1885	1886
Endometritis cervic. chron.	2	4	1
„ glandularis	5	3	1
Dysmenorrhöa membranacea	—	—	1
Dysmenorrhöe	3	2	1
Menorrhagie	3	2	1
Retroflexio uteri	—	3	2
Prolapsus uteri incompl.	1	2	—
„ „ compl.	—	1	—
Myome des Uterus	—	6	1
Carcinom des Uterus	3	9	7
Perimetritis menstrualis	1	1	1
Parametritis chronica	—	1	2
Haematocele retrouterina	1	1	—
Kystoma ovarii	1	—	—
Ulcera specifica	1	1	—
Gonorrhöa urethrae	—	1	—
Abscessus gland. Bartholin.	—	2	—
Carcinoma mammae	1	—	—
Hernia inguin. incarc.	—	1	—
„ umbilic. „	1	—	—
Hysterie	1	1	2
Dementia senilis	1	—	—
Peritonitis in climact., Ursache unbek.	1	—	—
Perityphlitis	—	1	—
Cystitis	—	—	1
Pleuritis sicca	—	1	—
Diabetes mellitus	—	1	—

V. Von Hebammen eingelieferte Früchte:
Im Jahre 1884: 185. 1885: 335. 1886: 83.

V. Die wichtigsten neuen Präparate der Sammlung weiblicher Sexualanomalien.

Vulva: Vu.

3) Divertikel der weiblichen Urethra. Excidirt 84.
9) Elephantiasis vulvae. Operirt 21. V. 85.
Linkes Labium maius. Beide labia minora. Praeputium clitoridis. Frenulum.
12) Elephantiasis. 84.

Vagina und Portio: Va.

4) Cancroide Papillargeschwulst der hinteren Lippe. 85.
5) Rectovaginalfistel im Fornix posterior. 10. II. 86.
23) Primäres Vaginalcarcinom. Secundäre Carcinome des Uterus, der Ovarien, Vesica, Hepar. 19. VIII. 85.

Uterus: U.

3) Verknöchertes Fibroid des Uterus.
20) Adenomyxosarcom der Cervix.
21) Rundzellensarcom des Fundus und Corpus uteri. Uterussarcom. Exstirpirt total 7. II. 85.
22) Adenoma corporis uteri polyposum. Juli 85.
23) Primäres Uterussarcom. Cystös entartete Ovarien. 18. V. 85.
33) Menstrualer Uterus einer 25jährigen plötzlich gestorbenen, ganz gesunden Frau.
35) Eine in toto ausgestossene Uterusmucosa bei einem Fall von wahrscheinlicher Graviditas extrauterina. 85.
36) Vollständige Decidua bei Graviditas extrauterina. 28. III. 86.
37) Decidua in toto ausgestossen bei Graviditas extrauterina. 21. VII. 85.
38) Blasencervicalfistel. Exstirpirt 27. 5. 84.

Ovarien und Tuben: Ov.

4) Papilläres Ovarialcystom. Operirt W. 84/85.
5) Peritoneale Appendices von der Aussenfläche eines papillären Ovarialcystoms abgetragen nach Eröffnung der Bauchhöhle. Das betreffende Cystom in der gynäkologischen Sammlung. Operirt Juli 85.
6) Ovarialcystom mit papillären Wucherungen auf der Innenfläche und peritonealen Appendices. Operirt Juli 85.
12) Fibro- Cysto- sarcoma ovarii utriusque. Darmadhäsionen. Metastasen im Netz, Mesenterium und Pylorus.
13) Ovarialcystom mit Stildrehung. W. 85/86.
18) Ovarium einer jungen Person mit 3 accessorischen Ovarien.

Varia: Vr.

11) Metastatisches Angiosarcom der Lunge, Niere. Section 19. VIII. 85.
12) Metastatische Sarcomknoten in der Lunge. Section 14. V. 85.

VI. Alphabetisches Verzeichniss der vom 1. November 1883 bis zum 1. Mai 1886 aus der Frauenklinik zu München veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeiten.

1) Agéron, Dr. Franz: Beitrag zur Anatomie, Histologie und Physiologie der Ligamenta uteri rotunda beim Neugeborenen. (Inaugural-Dissertation. 1886.)
2) Arnolvjevic, Dr. Svetozar: Das Alter, die Grösse und Gewichtsbestimmungen der Fötalorgane beim menschlichen Fötus. (Inaugural-Dissertation. 1884.)
3) Ashton, Dr. Ludwig: Ein Fall von letaler Magenblutung bei septischer Infection im Wochenbette. (Münchener medicinische Wochenschrift 1886, Nr. 7.)
4) Brandt, Dr.: Das Alter, die Grössen und die Gewichtsbestimmungen der Fötalorgane beim menschlichen Fötus. (München. Lindauer. Inaugural-Dissertation. 30 S.)
5) Eisenhart, Dr., (Archiv für Gynäkologie XXVI.): Ein Fall von Hernia inguinalis cornu dextri uteri gravidi. Inaugural-Dissertation. 30 Seiten.
6) Engelmann, Dr. Max: Bericht über die in der k. Frauenklinik in den Jahren 1884 und 1885 ausgeführten Prolaps-Operationen. (Inaugural-Dissertation. 1886.)
7) Feibusch, Dr. Robert: Zur Casuistik der Doppel-Missbildungen. (Inaugural-Dissertation. 1885.)
8) Kohn, Dr.: Ueber einige angeborene Hemmungsbildungen des Uterus. (Inaugural-Dissertation. München. 1884. 27 Seiten.)
9) Pfund, Dr.: Das Vorkommen der Beckenenge, die Arten und Grade derselben in der Münchener Frauenklinik vom 1. November 1883 bis 30. April 1885. (Aerztl. Intelligenzblatt. München 1885, Nr. 23 und 24.)
10) Stumpf, Dr. Max: Untersuchungen über die Natur des Soorpilzes. (Aerztl. Intelligenzblatt 1885, Nr. 44.)
11) Thorner, Dr. Max: Ein Fall von Pneumonia crouposa congenita. (Inaugural-Dissertation. 1884. München. Krämer. 28 Seiten.)
12) Trenkler, W.: Der Mechanismus der spontanen Lösung der Placenta, nach Beobachtungen in der k. Frauenklinik in München. (Inaugural-Dissertation. München. Wolf u. Sohn. 28 Seiten.)

13) Vejas, Dr. P.: Mittheilungen über den Puls und die vitale Lungencapacität bei Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen. (Sammlung klinischer Vorträge von v. Volkmann, Nr. 269.)

14) Winckel, F.: a) Zur operativen Gynäkologie. (Archiv für Gynäkologie, Bd. XXIII, Heft 2.) — b) Ueber das puerperale Erysipel. (Vortrag gehalten im Münchener ärztlichen Verein am 4. Februar 1885.) — c) Eine Illustration zu den operativen Curmethoden der nach Harnröhrendilatation beim Weibe entstandenen Incontinentia urinae. (Münchener med. Wochenschr. 1886 Nr. 1.)

Feuilleton.

Zum XIV. deutschen Aerztetage.

Wer die Polemik in den medicinischen Blättern Deutschlands seit dem letzten deutschen Aerztetage verfolgt hat, wird sich der Ueberzeugung nicht verschliessen können, dass es in nächster Zeit in Eisenach vielleicht zu folgenschweren Beschlüssen kommen kann; das Geplänkel von beiden Seiten lässt jedenfalls auf einen heissen Schlachttag schliessen. Die Thatsache, dass die „Münchener medicinische Wochenschrift“ in Nummer 18 auch schon eine Meinungsäusserung in dieser Frage abgegeben hat, lässt es gerechtfertigt erscheinen, ein kurzes Wort zu der den deutschen Aerztevereinsbund tief berührenden Angelegenheit zu sprechen, wobei wir nicht unterlassen wollen, anzuführen, dass wir dem Geschäftsausschusse desselben vollständig ferne stehen.

Derjenige, welcher dem Streite aufmerksam und ohne Voreingenommenheit gefolgt ist, wird sich ohne Weiteres darüber klar sein, dass die Redaction des ärztlichen Vereinsblattes gerne einen Beschluss aufgehoben sehen möchte, der das Blatt wehrlos macht gegen Angriffe und Beleidigungen jeglicher Art. Nur den Einsendungen, welche gegen das Pressgesetz verstossen, hat die Redaction das Recht ihre Spalten zu verschliessen. Die, welche dem betreffenden Antrage der oppositionellen Vereine auf dem letzten Aerztetage ihre Zustimmung gaben, votirten dafür in der Erwartung, dass kein Verein dem Organe des Bundes Unmögliches zumuthen würde. Eine unmögliche Zumuthung aber muss es genannt werden, wenn ein so weit verbreitetes Blatt, wie das ärztliche Vereinsblatt ist, sich von jedem beliebigen Vereine und Vereinchen ein Misstrauensvotum an die Stirne hängen lassen muss. Wir appelliren an das jedem Menschen innewohnende Gerechtigkeitsgefühl und fragen: Welche Zeitung der Welt würde eine solche ihm aufoctroirte Zwangslage auch nur länger als acht Tage erträglich finden? und nun kommt das Misstrauensvotum, die unzweideutigste Desavouirung der Haltung des Blattes noch dazu in einer Sache, in welcher man zweierlei Meinung sein kann. Diejenigen, welche die ganze Polemik vom Anfange an kennen, wissen sich sehr wohl des injuriösen Tones zu erinnern, der zuerst aus den Spalten der Gegnerinnen des ärztlichen Vereinsblattes geklungen hat. Ich, als langjähriger Leser und Abonnent der Berliner medicinischen Zeitungen wurde dabei wieder einmal schmerzlich daran erinnert, dass die guten, alten Zeiten unter dem unvergesslichen Waldenburg und Börner vorüber sind.

Einem solchen, wie ich nochmals betone, für jedes Blatt der Welt unerträglichen Zustande muss in der That ein Ende gemacht werden, und wäre es auch durch den, wie wir gerne zugeben, misslichen Schritt der Aufhebung eines erst im vorigen Jahre gefassten „principalen“ Beschlusses. Wir sehen wirklich keinen anderen Ausweg; denn der Appell an den Takt, an das richtige Gefühl für die Solidarität der Interessen verhallt in solchen Fällen fruchtlos, und der in der Mainummer des Aerztlichen Vereinsblattes von einem Delegirten vorgeschlagene Weg schafft sicherlich den fatalen Nothstand des Blattes nicht aus der Welt. Dass der Verein Niederbarnim, der nach dem Gefühle eines jeden unbefangen Urtheilenden in der vorliegenden Frage beleidigt hat, einer besseren Einsicht nicht Raum gibt, wird Jedem klar, der die von dem genannten Vereine seit Beginn dieser leidigen Angelegenheit angenommenen Resolutionen und Beschlüsse gelesen hat, deren Schroffheit über das Fortschreiten dieses Vereins auf dem betretenen, für die Gesammtheit verderblichen Wege keinen Zweifel lässt.

Angesichts dieser schlimmen Verhältnisse kommt der Unbefangene sicherlich ganz von selbst auf die Frage: Hat denn der deutsche Aerztevereinsbund gar kein Mittel, um effective Beleidigungen, die gegen die Gesammtheit gerichtet sind, offenbare Schädigungen, die den Interessen des Bundes zugefügt worden sind, zu sühnen?

Ein solches Mittel, nämlich das Recht des Ausschlusses aus der Gemeinschaft, soll dem Aerztevereinsbunde nach dem Antrage seines Geschäftsausschusses in dieser Session in die Hände gelegt werden, und darob herrscht grosse Erbitterung! Principiell ist für uns die Logik der Frage unanfechtbar: Soll einem Vereinsbunde versagt bleiben, was sich kein Verein von einzelnen Individuen nehmen lässt, der auf seine innere Gesundheit und auf seine Existenz hält — das Recht des Ausschlusses? Repressions- und Executivmassregeln scheinen uns unverfänglich, wenn die ganze Gemeinschaft, oder mit anderen Worten, die Generalversammlung darüber verfügt. Eine andere, und wie wir gerne gestehen, offene Frage ist es, ob der gegenwärtige Zeitpunkt zur Discussion und Annahme dieses Ausschussantrages der richtige ist. Wird der Aerztevereinsbund heil und ohne Wunden aus diesem Kampfe hervorgehen zu einer Zeit, in der die Gegensätze zu einer kaum steigerungsfähigen Schärfe gediehen sind?

Schon hat der Centralausschuss der Berliner Bezirksvereine eine Kundgebung erlassen, die den Austritt derselben aus dem Bunde im Falle der Annahme dieses Antrags in sichere Aussicht stellt. Zu welchen Erwägungen kömmt man angesichts dieser betrübenden Thatsache? Zunächst zu der Meinung, dass dieser Antrag des Geschäftsausschusses trotz der Erklärung der Berliner Vereine angenommen werden wird. Der Aerztetag, welcher im vorigen Jahre seinem Vorsitzenden ein so glänzendes Vertrauensvotum ausgestellt hat, wird ein kurzes Jahr später auch der Meinung sein, dass diese hervorragende Persönlichkeit des Vorsitzenden genügende Gewähr bietet dafür, dass jede persönliche Spitze diesem Antrage fremd ist, dass derselbe nie und nimmer der Ausfluss persönlicher Erregung gegen missliebige Elemente im Aerztevereinsbunde sein kann. Es wäre wünschenswerth, dass die gegenseitige Achtung vor einander hochgenug ist, um auch bei der Opposition eine derartige Insinuation nicht aufkommen zu lassen, sondern nur der Auffassung Raum giebt, dass der Antrag dem Bestreben entspringt, dem Ganzen, der Sache zu nützen, ein Mittel zu finden, das die Organisation festigt.

Ist weiterhin die Drohung, der Gemeinschaft den Rücken zu kehren, wenn die Majorität siegt, parlamentarischer Brauch? Sonst pflegen gerade jene Partheien, denen, wie wir zu wissen glauben, die oppositionellen Elemente des Aerztevereinsbundes angehören, den starrsten Parlamentarismus, die Abstimmung durch Majorität, die Beugung vor dem Majoritätsvotum als ihr höchstes Palladium, als den ersten Glaubenssatz in ihrem politischen Katechismus zu betrachten. Sonderbar! Sollte dieser erste parlamentarische Grundsatz vielleicht manchmal eine Ausnahme erfahren, wenn die Opposition in hoffnungsloser Minorität ist?

Der Aerztevereinsbund leidet nach unserer Meinung an einer schweren Krankheit, von der er um jeden Preis geheilt werden muss, wenn auf ein gedeihliches Zusammenarbeiten gerechnet werden soll. Die leidige politische Partheiwirthschaft wirft ihre Schatten in die sonst ideale Versammlung. Auf diese Behauptung ertönen natürlich energische Proteste, die auch bei den vorjährigen Versammlungen wiederholt zu hören waren. Alle diese Proteste sind nicht im Stande, an der Thatsache das Geringste zu ändern. Es wäre doch die Gruppirung der Dissidenten im Aerztetage zu frappant, wenn nicht anderweitige Interessengemeinschaft dieselben mit einander verknüpfte, wenn nicht ein geheimer Hass, ein stiller Gegensatz auf dem Grunde läge, der nie volle, wohlthuende Harmonie aufkommen lässt. Wir halten eine Schroffheit und Unversöhnlichkeit, wie sie sich den Verhandlungen der letzten Jahre, wie auch der vorhergehenden und nachträglichen Discussion aufprägt, für un-

verständlich und für unnatürlich in der ersten und einzigen Versammlung der Aerzte Alldeutschlands, wenn man nicht annimmt, dass Partheigegensätze die Ueberbrückung der Kluft hindern. Nur deutsche Partheiverbissenheit erklärt die wenig erquicklichen Zustände. Warum soll man solche Thatsachen immer ignoriren? Ein freies Wort am rechten Orte zur rechten Zeit gesprochen, frommt vielleicht der Sache. Was hat es nun genützt, dass die Majorität des XIII. deutschen Aerztetages die Schärfe der Gegensätze mildern zu können glaubte durch theilweise Berücksichtigung der oppositionellen Anträge? Einzig und allein Gefühle, keineswegs die Macht und das Gewicht der materiellen Gründe waren es, die die Majorität bewogen, die Anhänger der Opposition nicht mit leeren Händen zu den Ihrigen heimkehren zu lassen. Auch der Schreiber dieser Zeilen bekennt sich hiemit reumüthig zu diesem Irrthume.

Nicht sehr rosig ist also die Aussicht, die sich uns für den XIV. deutschen Aerztetag eröffnet! Möge ein guter Stern über ihm walten! Das Losreissen einzelner Glieder aus dem schönen Bunde wäre tief zu beklagen, aber doch noch vielleicht das kleinere Uebel, wenn damit besseres Verständniss für die Gemeinsamkeit der Interessen einkehrt, grössere Festigkeit der Organisation, innere Gesundung gewonnen wird.*)

Dr. L. Stumpf.

Referate und Bücher-Anzeigen.

Neuere Arbeiten über Pathogenese und Therapie des Keuchhustens.

1) Deichler: Ueber parasitäre Protozoen im Keuchhustenauswurf. Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie, B. 43, H. 1.
2) Pott: Ueber den therapeutischen Werth der Cocapräparate im Kindesalter. Nach einem Vortrag gehalten auf der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg. Jahrbuch für Kinderheilkunde, B. XXIV, H. 1 und 2. 1886.
3) Barbillon: Ueber den Einfluss des Cocaïn gegen den Keuchhusten. Revue mensuelle des maladies des enfants 1885, S. 325.
4) Moncorvo: Ueber die Anwendung des Cocaïn in der Behandlung des Keuchhustens. Rio de Janairo 1885.
5) Prior: Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Cocaïn nebst Mittheilungen über die Cocaïntherapie bei Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Berliner klinische Wochenschrift. 1885, No. 44, 45, 46.
6) Sauerhering (Stettin): Zur Therapie des Keuchhustens. Deutsche medic. Wochenschrift. 1885, No. 37.
7) Goldschmidt: Beiträge zur mechanischen Behandlung des Keuchhustens. Deutsche Medicinalzeitung. 1885. No. 61.
8) Michael (Hamburg): Ueber Keuchhustenbehandlung. Deutsche medic. Wochenschrift. 1886, No. 5.
9) Barlow: Ueber die Natur des Keuchhustens nebst der Beschreibung einer neuen Behandlungsmethode desselben. The Lancet. 1886. Nr. 19. 20, 21.
10) Pick: Einathmung von Acid. carbol. pur. (s. liquefacfactum) bei Keuchhusten. Deutsche medic. Wochenschrift 1886. Nr. 21.

Nachdem die Versuche von Letzerich, Tschamer, Burger u. A., den Träger des Keuchhustengiftes in der Reihe der pflanzlichen Organismen zu entdecken, missglückt sind, lenkt die Arbeit von Deichler (1) die Aufmerksamkeit auf eine andere bisher fast gar nicht beachtete Art von Parasiten im Keuchhustenauswurf. Er fand nämlich unter den Zellformen desselben constant eigenthümliche Gebilde von der Grösse und Form der gewöhnlichen Leukocyten, welche aus einem zarten mit Protoplasma gefüllten, hufeisen- oder halbmondförmig zusammengerollten Schlauche bestehen. Das eine Ende desselben ist pfriemenartig zugespitzt und durch eine schmale Brücke von dem anderen, abgerundeten Ende getrennt. Der eingeschlossene, vacuolenähnliche Raum enthält gewöhnlich in seiner Mitte ein geköntes Scheibchen oder einen dem beschriebenen ähnlichen, kleineren keulenförmigen Körper.

Die Deutung fand Verf. bei Untersuchung des frisch gewonnenen Sputums auf dem heizbaren Objecttische, indem er constatirte, dass es sich hier um den Erstarrungszustand einer Zelle handelt, welche, so lange sie lebt, eine gerade, schlanke Gestalt besitzt und durch grosse Elasticität und Contractilität, sowie amöboide Bewegungen ausgezeichnet ist. Verf. hält dieselben für ein im Schleim des Respirationstractus parasitirendes Protozoon, dessen Classificirung, Einwanderung und Fortpflanzung noch durchaus nicht klargestellt ist. Andere Lebensäusserungen als sehr lebhaft amöboide Bewegungen und unter Umständen das Eindringen derselben in die „grossen, epithelähnlichen Amöboidzellen des Sputums“ wurden nicht beobachtet, so dass diese Deutung noch keineswegs über allen Zweifel erhaben scheint. Die ätiologische Beziehung dieser bislang von D. nur in Keuchhustensputum gefundenen Gebilde zur Pathogenese der Erkrankung bleibt vorerst noch völlig offen.

Als Novum wurde in die Therapie des Keuchhustens das Cocaïnum muriaticum eingeführt und ziemlich gleichzeitig an verschiedenen Orten Versuche damit angestellt. Barbillon (3) nimmt mit 5 Proc. Lösung täglich 2—4 Pinselungen mit vorzüglichem Erfolge vor. Moncorvo (4) verbindet sie mit den von ihm empfohlenen Resorcinpinselungen, indem er vor denselben eine 10 Proc. Cocaïnlösung in den Rachen applicirt. In ähnlicher Weise günstig spricht sich Pott (2) aus (vergl. d. Bl. 1885, No. 43), der damit überraschende, ja glänzende Erfolge erzielt hat. Uebrigens beziehen sich diese Angaben nur auf die Verminderung der Zahl und Heftigkeit der Anfälle, während, wie Prior (5) bemerkt, eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes nur in soweit denkbar erscheint, als eben dadurch günstigere Bedingungen zum spontanen Ablauf und zur rascheren Rückbildung des entzündlichen Schleimhautprocesses geschaffen werden. Namentlich bei Fällen, in welchen wegen der häufigen Anfälle grosse Unruhe und Schlaflosigkeit oder schlechte Ernährung in Folge von Erbrechen und Schlingbeschwerden vorhanden war, soll eine rasche Besserung erzielt worden sein.

Dagegen stimmen meine eigenen Erfahrungen mit denen Prior's überein, dass die Bepinselungen der hinteren Rachenwand nur in den leichteren Fällen ausreichend sind, bei welchen auch die sonst üblichen Narcotica ihre Wirksamkeit nicht versagen. Durch die Procedur selbst wird meist ein Keuchhustenanfall ausgelöst und zur Vornahme derselben ist immerhin ein gewisser Grad von Entgegenkommen Seitens des Patienten nothwendig. In schweren Fällen ist dieselbe jedoch vollkommen ungenügend und muss, wie es von Prior geschehen, die Cocaïnisirung des Kehlkopfeingangs ja unter Umständen nach der unteren Seite der Stimmbänder vorgenommen werden, was natürlich nur unter Leitung des Kehlkopfspiegels und Einführung von Instrumenten möglich ist. Auch benutzt P. wesentlich höher procentirte Lösungen (10—20 Proc.) und wiederholt die Pinselung 2—3 mal täglich. Dennoch hält die dadurch erzielte Ruhepause nicht länger als ¾—3 Stunden an. Bei einem so complicirten Verfahren wird aber die Cocaïnbehandlung für die bei weitem grössere Zahl von Keuchhustenkranken zur Unmöglichkeit und nur in jenen Fällen ihre Wirksamkeit entfalten können, in welchen von Seiten des Arztes die nöthige Zeit und Geduld, von Seiten des Patienten die unerlässliche Bereitwilligkeit zur Vornahme der Manipulationen und das immerhin nicht unbeträchtliche Geldopfer für das kostspielige Medicament aufgewandt wird. Wenn der Preis des Mittels sich in Zukunft etwas billiger stellt, so scheint mir die Inhalation des Mittels durch den kalten Zerstäuber, die

*) Auch wir glauben, dass diese Vortheile durch das Ausscheiden der Opposition vielleicht erreicht würden und dass dann die künftigen Aerztetage recht friedlich verlaufen könnten. Allein der Aerztevereinsbund würde durch den Austritt seiner reichshauptstädtischen Mitglieder wesentlich verlieren an dem Anspruch, die Vertretung der deutschen Aerzte darzustellen und die Bedeutung, welche den Beschlüssen des Aerztetages, z. B. dem Reichstag gegenüber, zukommt, würde dadurch noch weiterhin sinken. Aus diesem Grunde halten wir die Secession der Berliner Vereine für das grössere Uebel. Red.

leicht ausführbar ist und dem Patienten resp. den Angehörigen überlassen werden kann, eine immerhin des Versuches werthe Methode der Application zu sein.

Unter den älteren Mitteln hat das namentlich von Binz empfohlene Chinin in Sauerhering (6) einen neuen Lobredner gefunden. Der Grund, weshalb seine geradezu specifische Heilwirkung (bei innerlicher Darreichung!) bisher nicht erkannt wurde, liegt nach dem Verf. in der Art der Medication. S. gibt dasselbe für Säuglinge 0,04—0,07, im ersten Lebensjahr 0,1, später 0,2 g p. d. 3 mal täglich durch 3 Tage, worauf er durch 3 Tage wieder aussetzt. Nach 2—3 maliger Wiederholung dieses Turnus (15—20 Tagen) ist der Keuchhusten geheilt. Genauere Angaben und Krankengeschichten fehlen.

Von der Annahme ausgehend, dass der Keuchhusten gleich ähnlichen Krankheitsformen eine von der Nase ausgehende Reflexneurose darstelle, machten mehrere Autoren die Nasenschleimhaut zum Angriffspunkt ihrer therapeutischen Bestrebungen. Sommerbrodt (Berliner klin. Wochenschrift. 1884, No. 10 und 11) will durch Cauterisation der Nasenmuschel in einem Falle den Verlauf des Keuchhustens erheblich verkürzt haben. Goldschmidt (7) empfiehlt das Aufschnauben oder Durchspülen von Salicyl- und Sublimatlösungen.

Michael (8), welcher die Nasendouche wegen der Gefahr einer daraus entstehenden Mittelohrentzündung möglichst vermeiden möchte, wendet Insufflation von Pulvern an und empfiehlt zu diesem Zwecke für jüngere Kinder eine Mischung von Chinin und Acid. benzoic. 3:1; bei älteren Pulv. resinae benzoes als besonders wirksam. Indess auch Marmorpulver in der gleichen Weise applicirt erwies sich als wirksam und M. ist geneigt, dem mechanischen Momente einen nicht geringen Antheil an dem Heileffecte zuzuschreiben. Bei 43 auf der Höhe des spasmodischen Stadiums damit behandelten Fällen hatte er stets günstige Erfolge. In 8 Fällen trat die Heilung schon nach 3 Tagen (? Ref.), in 6 nach 8 Tagen ein; die übrigen verliefen in sehr milder Form in 3—4 Wochen. Man wird angesichts der günstigen Erfolge der „mechanischen Therapie" des Keuchhustens nicht vergessen dürfen, dass, wie von Niemeyer hervorgehoben wurde, auch die Willenskraft und psychische Momente von Einfluss auf die Zahl und Heftigkeit der Anfälle sind, und dass ein Theil der Wirkung vielleicht auf Rechnung der Furcht vor der häufigen Wiederholung dieser dem Kinde sehr unangenehmen Eingriffe zu setzen ist.

In der allerjüngsten Zeit sind noch zwei Autoren für die altbewährte Behandlung des Keuchhustens mit Antisepticis eingetreten. Barlow (9) hat dem Vorgange Moncorvo's folgend 1—2 Proc. Resorcinlösungen zweistündlich mittelst Pinsel oder Schwamm in den Pharynx und Kehlkopfeingang applicirt und bei 50 Kindern jeden Alters dabei eine erhebliche Verminderung der Anfälle und Abkürzung des Verlaufes auf 5½ Wochen gesehen, während er als Durchschnittsdauer der Erkrankung mindestens 8½ bis 10 Wochen annimmt. Pick (10) glaubt die unvollständige Wirkung der vielfach angewandten Carbolsäureeinathmungen in der zu geringen Concentration der benutzten Lösungen, sowie in der unzweckmässigen Art der Einathmungen suchen zu müssen und empfiehlt daher die Inhalation der concentrirten Säure, 15—20 Tropfen auf einer vor dem Munde des Patienten mittels Maske befestigten Wattekugel 6—8 Stunden pr. d. In 5 Fällen hat er durch dieses Verfahren den Verlauf der Erkrankung wesentlich gemildert und abgekürzt. Intoxicationserscheinungen (Carbolurin) wurden bei den Patienten (die übrigens sämmtlich im Alter zwischen 4 und 11 Jahren stehen, Ref.) nicht beobachtet, da die mit der Inspirationsluft eindringende Carbolsäure nur in äusserst geringer Quantität absorbirt werde. Escherich-München.

Leichtenstern: Weitere Beiträge zur Ankylostomafrage. Vortrag mit Demonstrationen, gehalten im allgemeinen ärztlichen Vereine zu Cöln. (Deutsche medic. Wochenschrift Nr. 11 ff. 1886.)

Es gelang L. bei den weit über Jahresfrist fortgesetzten und vielfach variirten Culturversuchen mit den Eiern und Larven von Ankylostoma (nicht Anchylostoma) duodenale, zu mancherlei interessanten zum Theil neuen und wichtigen Ergebnissen zu gelangen. So konnte er unter Einhaltung geeigneter Culturmethoden eine im Freien lebende, geschlechtsreife, durch unbegrenzte Generationen sich fortpflanzende Rhabditisform heranzüchten, welche sich sowohl von dem parasitisch lebenden Ankylostoma wesentlich, als auch von allen bisher beschriebenen Rhabditisarten durch gewisse Eigenthümlichkeiten scharf und sicher unterscheiden soll. Der Skeptik der Zoologen von Fach gegen ihn, einen Exotiker, wohl bewusst, sieht L. deren Zweifel und Einwürfe im Voraus, glaubt jedoch auf seine Monate lang fortgesetzten Untersuchungen gestützt, alle Einwürfe von der Hand weisen zu dürfen zu Gunsten der oben mitgetheilten Thatsache. Bei dem vorwiegend zoologischen Interesse gibt er für diesmal nur eine Demonstration der Präparate (dieselbe fehlt im Texte) und verspricht in einer grösseren mit Abbildungen versehenen Arbeit die Resultate seiner Culturversuche und bei dieser Gelegenheit auch seine Erfahrungen über Anguillula intestinalis, deren Träger er unlängst zu obduciren Gelegenheit hatte, mitzutheilen.

In neuerer Zeit wurde das Interesse an der Ankylostoma — Anämie äusserst rege, was wir namentlich L.'s umfangreichen Studien auf den Ziegelfeldern Cölns zu danken haben, sowie seiner Liberalität, mit der er nach allen Seiten auf Ansuchen von seinem Material mittheilte. (Auch Referent hatte dadurch Gelegenheit, den Parasiten in der Gesellschaft für Morphologie zu München im vorigen Sommer zu demonstriren und möchte an dieser Stelle nicht versäumen, Herrn Prof. Leichtenstern noch für sein freundliches Entgegenkommen zu danken.)

Die Anzahl der im letzten Sommer von L. constatirten Fälle von Ankylostomiasis beträgt weit über 100, doch nur ein Theil derselben (64) hat sich zur Abtreibungscur, theils auf dem Ziegelfelde, theils im Hospitale herbeigelassen. Bei der weiten Verbreitung der Wallonen auf den rheinisch-westphälischen Ziegeleien hat L. vorausgesehen, dass Ankylostomakranke nicht nur auf den Ziegelfeldern Cölns anzutreffen seien und gelang es ihm denn auch bei Gelegenheit von Reisen da und dort Arbeiter mit mehr minder schwerer Anämie, Wallonen, Holländer und Deutsche anzutreffen, welche nach seiner Ansicht, wenn auch nicht Gelegenheit geboten war, deren Faeces zu untersuchen, doch zweifellos an Ankylostomiasis litten.

L. hat in jüngster Zeit zwei Fälle von Ankylostomiasis zu obduciren Gelegenheit gehabt und theilt dieselben ausführlich, eine Fülle reicher Erfahrungen einflechtend, mit. Eine erschöpfende Mittheilung derselben wäre für den engen Raum eines Referates zu weitführend und wollen wir darum auf das interessante Original verweisend nur Einiges hervorheben. Bei dem ersten Falle konnten trotz aller Vorsichtsmassregeln bei der Obduction nur 24 Ankylostomen gefunden werden. Wenn L. sich auch denken kann, dass diese geringe Anzahl genügte, um bei einem sonst robusten Menschen eine so schwere Anämie wie im vorliegenden Falle hervorzurufen, so glaubt er doch, dass im Laufe der Jahre ein spontaner Abgang der Würmer, also Spontanheilung stattfand. Neben der Anamnese spricht zumalen der Umstand, dass ein einziges Männchen darunter war, hierfür. Er meint, dass diese auf der Wanderschaft zur Begattung leichter der Gefahr bei stärkeren peristaltischen Darmbewegungen vom Chymusstrome erfasst zu werden erliegen. Was die Spontanheilung betrifft, so ist L. schon früher dafür eingetreten nnd ist nun in der Lage, einen Beweis dafür an einem geschilderten Falle zu bringen. Er hebt dabei hervor, wie häufig das Vorkommen einer Endocarditis bei protrahirter Ankylostoma-Anämie ist. Für die natürliche Lebensdauer der Parasiten stellt er mit Reserve den Satz auf, dass dieselbe 5 Jahre erreichen kann, jedenfalls 8 Jahre nicht überschreitet.

In Bezug auf das Zahlenverhältniss der Geschlechter hat L. unter 10245 Ankylostomen 3178 Männchen und 7007 Weibchen gefunden, was ein Verhältniss von 10—22 ergibt, dabei fanden sich jedoch enorme Schwankungen (10—360 und 10—11). Das Abweichen der Zahlen von den von Schulthess angegebenen wird von L. dadurch erklärt, dass Sch. zumeist veraltete Fälle von der Gotthard-Epidemie, er jedoch eine grössere Anzahl frischer Fälle direct von den Ziegelfeldern zur Beobachtung er-

hielt. Was den Sitz der Ankylostomen im Darmcanal betrifft, so findet sich nach L. die Mehrzahl wohl stets im Jejunoileum vor und das Duodenum ist nicht selten ganz frei, mitunter treffe man sie auch im Ileum; die Angaben über Ankylostomen im Magen und Dickdarm seien jedoch sehr zweifelhaft. Unter besonderen Cautelen hat L. die Zählung der Eier in den Faeces vorgenommen und auf das Verhältniss zu den im Darmcanal zu erwartenden Ankylostomen geachtet. Die Zahl von vier Millionen Eier in einem Stuhlgang eines Ankylostomikers hält L. für nichts Seltenes. Aus den Berechnungen ergab sich dass X, die Zahl der im Darmcanal zu erwartenden Weibchen gefunden wird, wenn man die Zahl (a) der in 1 g Faeces enthaltenen Eier dividirt mit der Zahl 47,0; also $X = \frac{a}{47}$.

Am Schlusse führt L. noch eine interessante Beobachtung kurz an, welche zeigt, wie leicht der Parasit durch kranke Ziegelarbeiter auf andere Arbeitsfelder übertragen werden kann.

May.

Lutz: Ueber Ankylostoma duodenale und Ankylostomiasis. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 265.

In diesem zweiten Vortrage über obiges Thema (conf. Referat in dieser Zeitschrift 1885, No. 52) beschäftigt sich Verfasser mit dem Verlaufe, den Complicationen, der Prognose und speciell der Therapie der Ankylostomiasis. Im Verlaufe der Krankheit lassen sich besonders 3, zeitlich sich folgende Stadien unterscheiden, 1) das Stadium der reinen Localsymptome — Schmerzen und Verdauungsstörungen ohne Entfärbung und ohne Vermehrung der Pulsfrequenz, — 2) das Stadium der einfachen Anämie — vermehrte Pulsfrequenz, Blässe der Schleimhäute, 3) Stadium der hydropischen Erscheinungen — hochgradigste Anämie, kleiner Puls, Oedeme. — Bei der chronischen Form des letzten Stadiums treten Erscheinungen von Herzfehlern mit gestörter Compensation oder fettiger Degeneration auf; Zeichen von Cyanose, Stauungshydrops.

Die Prognose gestaltet sich um so günstiger, je früher der Patient den Infectionsbedingungen dauernd entzogen und einer antiparasitären Behandlung unterworfen wird. Ist dies nicht der Fall, so verfallen die Kranken leicht in ein chronisches Siechthum. Für die Therapie kommt das Extractum filicis und das Thymol vor allen anderen Mitteln in Betracht. Ersteres kann in Form einer grossen Dose von 10—30 g oder wiederholter kleiner Dosen angewandt werden. Am meisten bevorzugt Lutz folgende Methode: Es wird zuerst mehrmals im Verlaufe von 24 Stunden 0,5 Calomel mit Pulv. fol. Sennae alcoh. extract. 2,0 gegeben, dann in zweistündlichen Zwischenräumen 2—3 mal 2,0 Thymol in Gelatinekapseln. Santonin, Gummigutti und andere Abführmittel erwiesen sich als äusserst unzuverlässig.

Neben der Austreibung der Ankylostomen müssen selbstverständlich die übrigen Krankheitserscheinungen symptomatisch behandelt werden. Dem interessanten Vortrag ist ein ausführliches Literaturverzeichniss nebst einem Schema für die Untersuchung der Ankylostoma-Kranken beigefügt.

R. v. Hoesslin.

F. Penzoldt: Aeltere und neuere Harnproben und ihr praktischer Werth. II. Auflage, Jena 1886. 32 S.

Die kurze Anleitung zur Harnuntersuchung hat in kaum Jahresfrist eine zweite vermehrte Auflage erlebt. Dieser Umstand beweist zu Genüge, dass durch dieselbe einem thatsächlichen Bedürfniss der ärztlichen Praxis Rechnung getragen wurde. In kurzen präcisen Sätzen charakterisirt der Verfasser die alterprobten und neuempfohlenen Harnreactionen auf Eiweiss und Zucker und bespricht, wesentlich auf eigene reiche Erfahrung gestützt, deren Sicherheit, Schärfe und Bequemlichkeit. Das ist um so werthvoller, als der Praktiker, der nicht über eigene ausgedehnte Laboratoriumserfahrung verfügt, bei der grossen Zahl der neuangepriesenen Reaktionen nicht in der Lage ist, den Werth der Empfehlung zu beurtheilen.

Zur Untersuchung auf Eiweiss empfiehlt Verfasser zur vorläufigen raschen Orientirung am Krankenbett die Anwendung der Stütz'schen Reagenskapseln (Fürbringer) und das Geissler'sche Reagenspapier — zur Sicherstellung des Befundes in zweifelhaften Fällen die vortreffliche Essigsäure-Ferrocyankaliprobe und das Kochen mit Salpetersäure. Dieser Säure giebt der Verfasser bei der Ausführung der Kochprobe den Vorzug vor der Essigsäure, weil im Ueberschuss der Essigsäure das Eiweis sich wieder lösen könne. Dagegen möchte Referent zu bedenken geben, dass auch bei der Salpetersäure diese Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, wenn wie so häufig das Globulin einen wesentlichen Theil des Eiweissgehaltes ausmacht. Referent möchte daher, nach eigenen ausgedehnten Beobachtungen, der von Verfasser unter 4. angeführten Kochprobe mit Zusatz von concentrirter Kochsalzlösung und Essigsäure, eine Probe, die ja auch bei quantitativer Eiweissbestimmung die vorzüglichsten Dienste leistet, bezüglich der Sicherheit einen höheren Werth beilegen.

Den Eiweissreaktionen ist ein kurzer Anhang über den Nachweis der Hemialbumose, des Pepton und Mucin beigefügt.

Die Zuckerproben sind um die Reaktionen mit Bleizucker und Ammoniak, Ammoniak und Bleiessig, Phenylhydracin und essigsaurem Natron vermehrt. Ueber die letzte Reaktion lautet des Verfassers Urtheil nicht so günstig wie die jüngste Empfehlung derselben von v. Jaksch (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XI, S. 21. Vergl. das nächste Referat).

Unter den Zuckerproben verdient die von Nylander modificirte Wismuthprobe besondere Beachtung. Eine unbedingte Sicherheit gewährt aber nur die Gährungsprobe.

Die Reaktionen zum Nachweis verschiedener wichtiger Arzneistoffe sind in der neuen Auflage um die Proben auf Antipyrin, Thallin, Naphthalin und Copaivabalsam vermehrt worden.

C. v. Noorden-Giessen.

R. v. Jaksch: Das Phenylhydracin als Reagens zum Nachweis von Zucker in der klinischen Chemie, nebst Bemerkungen über das Vorkommen von Traubenzucker im Harn bei Vergiftungen. Ztschr. f. klin. Med., Bd. XI, S. 21.

Der Verfasser theilt neue Untersuchungen mit, nach denen das Phenylhydracin ein zuverlässiges Reagens auch zum Nachweis von Spuren von Zucker im Harn und in eiweisshaltigen Flüssigkeiten (Blut, Transsudaten) ist. Erhitzt man eine zuckerhaltige Flüssigkeit, eventuell nach Befreiung von Eiweiss mit salzsaurem Phenylhydracin und essigsaurem Natron 20 Minuten lang im Wasserbad, so scheiden sich beim Erkalten gelbe Krystallnadeln von Phenylglykosazon aus. Die mikroskopische Untersuchung des gelben Niederschlags ist nothwendig, weil nur diese Krystallform für das Phenylglykosazon charakteristisch ist, nicht aber andere, nie fehlende amorphe gelbe Körnchen und Plättchen. Den Beweis, dass es sich wirklich um die Verbindung des Phenylhydracin mit Traubenzucker handelte, konnte Verfasser jedesmal durch die Bestimmung des Schmelzpunktes der gesammelten und aus Alkohol umkrystallisirten Nadeln erbringen.

Zur Illustration für die Bedeutung des Reagens in der Harnanalyse berichtet der Verfasser 2 Fälle von Kohlenoxydvergiftung, bei denen die Trommer'sche Zuckerprobe ein zweifelhaftes Resultat ergab, mit Phenylhydracin aber der sichere Nachweis von Traubenzucker geliefert werden konnte.

C. v. Noorden-Giessen.

Dr. **M. Sänger** (Privatdocent in Leipzig): **Ueber Tastung der Harnleiter beim Weibe.** Arch. f. Gyn. Bd. XXVIII. Heft 1.

Es ist ein nicht zu leugnendes Verdienst der vorliegenden Arbeit Sänger's neuerdings die Aufmerksamkeit des ärztlichen Publikums — denn nicht allein für den Gynäkologen von Fach, sondern ebensosehr für den Chirurgen und inneren Mediciner ist die Sache von Wichtigkeit — auf die bereits von Hegar ausgeführte und beschriebene, aber nicht weiter beachtete Tastbarkeit der weiblichen Harnleiter von der Vagina aus hingewiesen zu haben. S. wurde in einem Falle von entzündlicher Verdickung zufällig des Harnleiters gewahr und konnte daraufhin die nämliche Erfahrung in 5 ähnlich gelagerten Fällen machen. Die weitere Prüfung ergab, dass auch unter normalen

Verhältnissen und besonders oft bei Schwangeren (8 mal unter 10 Untersuchten) die Harnleiter fühlbar sind. Die Technik der Untersuchung ist nach S. eine sehr einfache. Man geht mit dem Zeigefinger dem Harnröhrenwulst entlang bis zum Orif. int. urethr. und sucht nun auf der Strecke von da bis zum Scheidengewölbe die Blasenmündung des Ureter. Streicht man mit dem Finger leise gegen die vordere und seitliche Scheidenwand und das Parametrium zu, so fühlt man einen oder beide Harnleiter besonders bei harter Unterlage als Strang von höchstens 6—7 cm Länge, im günstigen Falle von der Einmündungsstelle in die Blase bis zur Basis des Lig. lat. Den Bemerkungen, die S. über die Wichtigkeit der Ureterenpalpation für die Diagnostik der Krankheiten des uropoëtischen Systemes anfügt, wird man nur beistimmen können. E. Bumm-Würzburg.

C. Kopp: Die Trophoneurosen der Haut. Historisch-kritische, klinische und histologische Studien über die Beziehungen des Nervensystems zu Erkrankungen der Haut. Wien, Braumüller. 1886. 214 S.

Der trophische Einfluss des Nervensystems auf die verschiedenen Organe des Körpers bildet noch immer eine der wichtigsten und brennendsten Fragen nicht nur in der Nervenpathologie, sondern auch in anderen Zweigen unserer Wissenschaft, insbesondere auch in der Pathologie der Hautkrankheiten. Jeder neue Beitrag der zur Förderung dieses interessanten Problems geliefert wird, ist um so freudiger zu begrüssen, als ja noch nicht einmal über das Grundprincip, über die Existenz oder Nichtexistenz nervös-trophischer Einflüsse eine Einigung der Ansichten erzielt worden ist. Aus diesem Grunde wollen wir es auch nicht unterlassen, auf das obige Werk aufmerksam zu machen, in welchem der Verf. auf Grund eingehender literarischer, klinischer und eigener histologischer Studien eine werthvolle Zusammenstellung der auf dem Gebiete der Dermatoneurosen bisher bekannten Thatsachen geliefert hat.

Nach einer allgemeinen Einleitung, in welcher Plan und Zweck der vorliegenden Arbeit auseinandergesetzt werden, wird, um den auf dem Gebiete der Trophoneurosen so häufigen Missverständnissen vorzubeugen, eine kurze Definition des Begriffes „Trophoneurosen der Haut“ gegeben. Der Verf. versteht darunter Ernährungsstörungen der das Hautorgan zusammensetzenden Gewebe auf rein nervöser Grundlage, d. h. solche Störungen der Nutrition, welche in Folge nachweisbarer anatomischer und functioneller Veränderungen im Centralnervensystem oder in den peripheren Nerven in die Erscheinung treten; wobei insbesondere eine möglichst scharfe Abtrennung von den durch Vermittelung der Vasomotoren hervorgerufenen Ernährungsstörungen urgirt wird.

Das Werk zerfällt in 3 Abschnitte, von denen der erste die verschiedenen Theorien über den trophischen Einfluss des Nervensystems schildert und kritisch beleuchtet, während der zweite den klinischen Thatsachen, welche mit mehr weniger Recht als Stütze der genannten Theorien herangezogen wurden, gewidmet ist. Der letzte Abschnitt berichtet über die neueren Arbeiten auf dem Gebiete der intracellulären Innervation mit eigenen Untersuchungen des Autors auf diesem Gebiete. Besondere Beachtung fand auch die Frage nach dem Vorkommen von Degenerationsvorgängen in den peripheren Nerven unter physiologischen Verhältnissen und nach dem Werthe solcher Befunde bei verschiedenen Hautaffectionen. Der Verf. kommt zu dem Schlusse, dass das Nervensystem im normalen Zustande einen regulirenden Einfluss auf die Ernährung der das Hautorgan zusammensetzenden Gewebe ausübt, dass aber über die feineren hierbei stattfindenden Vorgänge zur Zeit positive Kenntnisse fehlen. Er hält es für wahrscheinlich, dass der trophische Einfluss des Nervensystems an gewisse centrale Ganglienzellen und Ganglienzellengruppen gebunden ist. Die wesentlichste Stütze für die Annahme eines trophischen Einflusses des Nervensystems sei in der klinischen Beobachtung gelegen. Die experimentelle Pathologie konnte bis jetzt keine reinen Trophoneurosen erzeugen. In klinischer Beziehung können wir bis jetzt nur wenige Hautaffectionen als reine Trophoneurosen betrachten. Dahin gehören die Hemiatrophia facialis progressiva, die Atrophia cutis circumscripta neurotica, vielleicht Vitiligo, Herpse zoster, Pemphigus, Sclerodermie und die Anomalien der Secretion. Stintzing.

Dr. **F. Winckel,** Professor der Gynaekologie und Director der kgl. Universitäts-Frauenklinik in München: **Lehrbuch der Frauenkrankheiten.** 795 p., 132 Holzschnitte, 8 lithogr. Tafeln. Leipzig bei S. Hirzel. 1886.

Das neu erschienene Winckel'sche Lehrbuch der Frauenkrankheiten reiht sich als reife Frucht einer fast 25jährigen klinischen Thätigkeit den früheren Arbeiten des Verf. würdig an. Wir finden bei der Durchsicht des stattlichen Bandes in jedem Capitel dieselbe Gediegenheit, dieselbe Beherrschung des Stoffes und Exactheit der Beobachtung, welche nichts vergisst und unberücksichtigt lässt und auch für den, der von anderen Gesichtspunkten aus das gleiche Gebiet bearbeitet, Material und Anregung in Fülle bringt, dieselbe Schärfe der Darstellung wieder, wie sie schon die ersten Veröffentlichungen W.'s ausgezeichnet und — wir erinnern nur an die Rostocker Studien, die Pathologie und Therapie der Wochenbettskrankheiten, die Pathologie der weiblichen Sexualorgane, die Dresdener Berichte u. s. f. — zu Werken von bleibendem Werke gemacht hat, auf welche auch die neue und neueste gynakologische Forschung immer wieder zurückgreifen muss.

Von ganz besonderem Interesse erscheinen uns sogleich die als Einleitung vorausgeschickten Worte, nicht allein weil sie den Standpunkt, den Verf. der neueren Richtung der Gynaekologie gegenüber einnimmt, präcisiren, sondern auch wegen der mehr allgemeinen Bedeutung, die ihnen inne wohnt und durch die Autorität W.'s besonderen Nachdruck erhält. W. erkennt den Aufschwung, den die Gynaekologie im Laufe der letzten Decennien genommen hat, der unter dem Schutze der Lister'schen Entdeckung von Etappe zu Etappe weiter und bis zu den erstaunlichen Resultaten der vaginalen Totalextirpation führte und die conservative Richtung mit einer fast rein chirurgischen vertauschen liess, ganz und voll an, weist aber zugleich auf die Ausschreitungen und Nachtheile jener operativen Tendenz in in der Gynaekologie hin, die auf strenge Indicationsstellung und gewissenhafte Erwägung der der Folgen nicht genügsam Bedacht nimmt, die Operationen öfters mehr um ihrer selbst willen ausführen lässt und in der Extirpation wichtiger Organe das einzige Heilmittel für Anomalien derselben erblickt.

Der Eintheilung des Stoffes ist das gebräuchliche Schema zu Grunde gelegt. Unter Hinweglassung der allgemeinen Gynaekologie, deren wichtigere Theile, wie Sonde, Specula, vaginale und uterine Injectionen etc. gelegentlich eingeschoben sind werden in VII Abtheilungen die Fehler und Erkrankungen der Genitalorgane einschliesslich der Brüste abgehandelt. Geschichtliche Excursionen, einleitende anatomisch-physiologische und embryologische Bemerkungen erleichtern die Auffassung und nehmen im Verein mit gelegentlich berichteten interessanten Fällen aus dem eigenen Erfahrungsschatze des Verf. der Lecture das Ermüdende, wie es die monotone Aufzählung von Krankheitszuständen mit sich bringt. Besonders reichlich sind die Literaturverzeichnisse ausgestattet, welche jedem Capitel vorangehen, oft in Rücksicht auf ganz bestimmte Fragen zusammengestellt sind und eine vollständige Uebersicht aller Arbeiten, auch des Auslandes, auf dem Felde der Gynaekologie seit dem erstmaligen Erscheinen des grossen Billroth-Lücke'schen Sammelwerkes (1878—1882) geben.

Der beschränkte Raum eines Referates gestattet uns leider nur in aller Kürze den Inhalt der Hauptabtheilungen zu skizziren, bezüglich aller Einzelheiten müssen wir auf das Original verweisen. Die I. Abtheilung umfasst die Affectionen der Vulva, ihre Bildungsfehler, Hyperplasien, Neubildungen, die verschiedenen Exantheme und Entzündungsformen, die Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen, die Continuitätsverletzungen der äusseren Genitalien und als Anhang die Incontinentia vulvae und Coccygodynie (Pruritus vulvae ist als selbstständige Affection nicht erwähnt). Die II. Abtheilung behandelt die Affectionen des Hymens, die Bildungsfehler, Lage-

veränderungen, Neubildungen, Ernährungsstörungen, Neurosen, Fremdkörper, Verwundungen und Fistelbildungen der Scheide. (Bezüglich der Urinfisteln wird auf Verf.'s Handbuch der Blasenkrankheiten des Weibes verwiesen). Die dritte der Pathologie des Uterus gewidmete Abtheilung wird durch eine kurze Darstellung der normalen Entwickelung eingeleitet, an welche sich die Abweichungen vom Typus anschliessen. Dann folgen mit Zugrundelegung der Schultze'schen Lehren von den normalen und pathologischen Lagen des Uterus die Lage- und Gestaltsveränderungen der Gebärmutter. Von den Neubildungen des Organes werden zunächst die von der Schleimhaut ausgehenden gutartigen und bösartigen (cancroide Papillargeschwulst und Carcinom der Cervix, Carcinom des Corpus uteri) Geschwülste, dann die Sarcome und muskulären Tumoren abgehandelt. Die Ernährungsstörungen finden als Endometritis und Metritis kurze Besprechung, daran reihen sich noch zwei eigene Capitel über die Verengerungen und den Verschluss der Gebärmutter und die Anomalien der Menstruation. Die IV. und V. Abtheilung beschäftigen sich mit den Anomalien der Eileiter und Eierstöcke, wobei naturgemäss die Neubildungen den meisten Raum für sich beanspruchen. Als VI. Abtheilung sind in 6 Capiteln die Neubildungen der Ligamenta rotunda, der Lig. lata, die Entzündungen des Beckenbauchfells, des Beckenbindegewebes, die intraperitonealen Blutergüsse im kleinen Becken und die Parasiten der weiblichen Genitalien und des Beckenbindegewebes (Echinococcen und 1 Fall von verkalktem Spulwurm an der hinteren Seite des Uterus) vereinigt. Den Schluss bilden als VII. Abtheilung die Fehler und Erkrankungen der Brüste.

Das ganze Werk ist durch seine erschöpfende und dabei doch kurz gedrängte Darstellung und Uebersichtlichkeit ebensosehr zum Gebrauche für Studirende geeignet, als es sich in Hinsicht auf den besonders sorgfältig ausgearbeiteten therapeutischen Theil, der bei allem Reichthum des Gebotenen doch immer das durch die Erfahrung als gut und sicher Erprobte hervorhebt, als zuverlässiger Rathgeber für den ausübenden Arzt erweisen, dem wissenschaftlich Arbeitenden aber durch die vielfache Anregung und die reichen, oft mehrere Seiten hintereinander füllenden Literaturangaben eine Fundgrube und Stütze zugleich sein wird.

Die Illustration des Textes mit Holzschnitten ist eine sehr freigebige. Dieselben sind theilweise ganz vorzüglich ausgefallen (z. B. Fig. 72, Frau mit enormem Myoma cysticum) und sind meistens nach eigenen, zum Theil aus der Pathologie der weiblichen Sexualorgane bereits bekannten Präparaten des Verf. hergestellt. Dem ganzen sind ferner noch 8 lithograph. Tafeln mit den gebräuchlichsten gynaekologischen Instrumenten und Apparaten beigefügt. Die äussere Ausstattung ist eine würdige, der Druck scharf, gross und durch die ausgiebige Verwendung verschiedener Typen recht übersichtlich. E. Bumm-Würzburg.

Vereinswesen.

XI. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irren-Aerzte zu Baden-Baden.

Am 22. und 23. Mai 1886.

(Originalbericht.)

Alljährlich vereinigen sich zu einer zwanglosen Versammlung, die der Wissenschaft und dem geselligen Verkehre gewidmet ist, Academiker und praktische Aerzte Südwest-Deutschlands, welche für Nerven- und Geisteskrankheiten Interesse haben. Diese Vereinigung hat keinen festen Wohnsitz, doch pflegte in den letzten Jahren das herrliche Baden-Baden fast immer das Ziel dieser neurologisch-psychiatrischen Wanderung zu sein. — Man tagte dann stets im Blumensaale des Conversations-Hauses Samstag Nachmittags und Sonntags früh: ein gemeinsames Diner und ein Ausflug verleihen diesen Zusammenkünften, deren wissenschaftliche Leistungen, obwohl — oder vielleicht weil — eine Discussion fast nie statthat, bereits die allgemeinste Anerkennung unter den Fachgenossen geniessen, ein harmonsches Gefüge.

Gewöhnlich fällt diese Wanderversammlung in die Mitte des Monats Juni, aber wegen der Nähe der Pfingstferien musste dieselbe in diesem Jahre schon gegen Ende Mai abgehalten werden:

Am 22. des vergangenen Monats eröffnete Mittags 2½ Uhr der I. Geschäftsführer Geh. Hofrath Prof. Dr. Bäumler von Freiburg die Verhandlungen mit Begrüssung der Theilnehmer, deren Zahl sich auf 58 belief.

Nachdem einige geschäftliche Angelegenheiten erledigt waren, wurde Prof. Erb (Heidelberg) zum Präsidenten für den ersten Sitzungstag erwählt, Prof. Berlin (Stuttgart) sollte am zweiten Tage den Vorsitz führen.

Es wurden in der I. Sitzung folgende Vorträge gehalten:

I. Prof. **Goltz** (Strassburg): **Zur Physiologie der Grosshirn-Rinde.**

Goltz legt zwei Gehirne mit colossalem Defect vor und schildert die Störungen, welche die beiden Hunde darboten, von denen diese Präparate herrühren. Dem einen war durch zwei Operationen linkerseits der Stirnlappen und die ganze sog. motorische Zone weggenommen. Rechts fehlte ihm ausser diesen Abschnitten auch noch der grösste Theil der Rinde des Hinterhauptlappens. Dieser Hund konnte die Wirbelsäule nach rechts und links krümmen, obwohl ihm die sog. Rumpfsphären weggeschnitten waren. Er konnte bellen und knurren, ohne die Spur eines Bellcentrums zu besitzen. Er hatte an allen Hauptpunkten Empfindung, obwohl ihm die angeblichen Fühlsphären fehlten und zeigte keinerlei Lähmung trotz vollständiger symmetrischer Zerstörung der erregbaren Zone. Das Thier schien dagegen fast vollständig blind, obwohl die linke sog. Sehsphäre unversehrt und die rechte zum Theil noch vorhanden war. Auch schien der Hund taub zu sein trotz erhaltener Hörsphäre. Das Gegenstück zu diesem Thier bildete der zweite Hund, welcher eine sehr grosse und tiefe Zerstörung beider Hinterhauptslappen überstanden hatte. Obwohl die sog. Sehsphäre beiderseits bei ihm völlig vernichtet war, konnte dieser Hund noch so gut sehen, dass er Bedrohungen mit der Hand mit grösster Sicherheit wahrnahm. Diese beiden Fälle lehren, dass unter Umständen ein Thier nach sehr ausgedehnter und tiefer Zerstörung des Vorderhirns blind werden kann, während andererseits ein Thier mit zerstörten Sehsphären nicht nothwendig blind werden muss. Der Vortragende legt ferner das Gehirn eines Affen vor, der nach einer sehr grossen Verletzung innerhalb des linken Centralhirns zwar unmittelbar nach der Operation fast hemiplegisch war, bald aber die vorher gelähmten Gliedmassen wieder in sehr vollkommener Weise benutzen lernte. Um durch Uebung die Herstellung zu beschleunigen, wurde die linke Hand des Thieres gefesselt, so dass es darauf angewiesen war, sich der paretischen rechten Hand zu bedienen. Im Anschluss an diesen Fall theilt G. noch mit, dass auch ein Hund nach vollständiger Zerstörung der sog. Centren der Gliedmassen in der linken Hirnhälfte gleichwohl die Fähigkeit wieder erwerben kann, die rechte Vorderpfote wie eine Hand darzureichen. Der Vortragende führt aus, dass alle diese Erfahrungen absolut unvereinbar sind mit der Annahme umschriebener Centren in der Hirnrinde, die einzelnen Functionen dienen sollen. Er verwahrt sich aber gegen die Verdächtigung, als wenn er ein Gegner jeder Localisation der Grosshirnfunctionen sei. Indem er in dieser Beziehung auf das verweise, was er in seiner letzten Abhandlung bemerkt habe, hebt er besonders hervor, dass alle Thiere, welche symmetrische, tiefe und ausgedehnte Zerstörungen des Vorderhirns überstanden, höchst auffällige Störungen bei der Nahrungsaufnahme und grosse Plumpheit aller Bewegungen zeigen.

II. Prof. **Wiedersheim** (Freiburg): **Ueber die Urgeschichte der höheren Sinnesorgane.**

Der Vortragende referirte über die Arbeiten Blaue's, Beard's und Froriep's, welche sich mit der Entwickelung der Kopfnerven, resp. der im Bereich des Kopfes liegenden Sinnesorgane befassen. Die gewonnenen Resultate sind kurz folgende: Sämmtliche dorsale Hirnnerven erzeugen in einer gewissen Entwickelungsperiode an ihrer Peripherie ein Ganglion, welches enge mit der Epidermis verwächst. Die Zellen der letzteren differenziren sich an der betreffenden Stelle zu einem

Packet von Neuro-Epithelien, welche den von Leydig entdeckten „Organen eines sechsten Sinnes“ entsprechen. Ein Theil dieser Apparate liegt am oberen Ende einer Kiemenspalte, wie dies z. B. beim Glossopharyngeus, Facialis und in grösserer Zahl beim Vagus der Fall ist. Da nun aber ganz derselbe Vorgang auch am Nervus olfactorius, ciliaris, trigeminus und acusticus zu beobachten ist, so kann man daraus schliessen, dass auch im Bereich dieser Nerven früher Kiemenspalten gelegen haben müssen. — Diese Annahme wird noch bedeutend durch die Thatsache unterstützt, dass die Mundspalte bei Fischen aus einem ventralwärts erfolgenden Zusammenfluss zweier Kiemenspalten hervorgeht und dass andererseits die Augenmuskeln morphologisch in die Categorie der Visceralmuskeln gehören (A. Dohrn). Dass es sich aber auch bei dem Geruch-Apparat ursprünglich um ein „branchial sense organ“ (Beard) gehandelt hat, beweist der Umstand, dass bei Fischen, Amphibien und Säugethier-Embryonen die Riechschleimhaut noch aus jenen Nervenhügeln besteht, wie sie sich in der Haut der Fische und wasserlebenden Amphibien finden. Somit ist das Riech- und Geschmacksorgan, bei welch letzterem sich ganz dieselben Sinneshügel nachweisen lassen, und wahrscheinlich auch das Gehörorgan aus einem diffusen über die ganze Körperoberfläche der Fische verbreiteten Hautsinne abzuleiten.

Zum Schlusse machte der Vortrage auf eine Arbeit von H. de Graaf aufmerksam, welche geeignet ist, auf die in morphologischer resp. phylogenetischer Hinsicht bisher ganz dunkle Zirbeldrüse im Gehirne der Vertebraten Licht zu werfen. Es handelt sich nämlich bei Reptilien an der Spitze jenes Organes um Differenzirung eines Sinnes-Apparates, der seinem ganzen Bau nach mit nichts Anderem verglichen werden kann, als mit einem unpaaren Auge, welches in grauer Vorzeit durch das bei den Sauriern heute noch vorhandene Foramen parietale auf der Schädeloberfläche frei zu Tage trat.

III. Prof. Dr. **Erb** (Heidelberg): **Ueber Muskelbefund bei der juvenilen Form der progressiven Muskel-Atrophie.**

Die Sonderstellung, welche Erb in seiner bekannten Arbeit im Archiv für klin. Medicin der „juvenilen Form“ unter den einzelnen Abarten der progressiven Muskel-Atrophie zu geben versuchte, ist durch die verschiedensten Beobachtungen anderer Autoren gestützt worden. Aber sowohl gegen die Bezeichnung: „Juvenile Form“ als auch gegen den Namen: „Dystrophia muscularis progressiva“ haben sich ablehnende Stimmen geltend gemacht, besonders war es Schultze der die letztere Bezeichnung bekämpfte, Erb hält dafür, dass, nachdem der klinische Begriff, den er aufzustellen bemüht gewesen, sich allgemein eingebürgert hätte und richtig verstanden wäre, die Art des Namens weniger in Frage komme. Doch wäre die Benennung „Dystrophie“ eine zweckmässige wegen der in solchen Fällen vorhandenen histologischen Muskelveränderungen, besonders wegen des gleichzeitigen Bestehens von hypertrophischen und atrophischen Processen. Letztere hatte er sehr genau zu beobachten Gelegenheit in dem jüngsten Falle von Dystrophie, der auf der Heidelberger Klinik lag. Das Leiden betrifft einen 41jährigen Metzgergesellen, Namens Ignaz Wolf aus Böhmen, der bis zu seinem 34. Lebensjahre immer gesund gewesen ist. Erst nachdem er in diesem Alter durch Fall in einen Steinbruch eine schwerere Verletzung erlitten, sollen sich allmähliche zunehmende Schwäche der Schulter- und Armmuskulatur und jene wunderbaren Difformitäten in den einzelnen Muskeln eingestellt haben, welche vorgelegte Photographien auf das Deutlichste veranschaulichen. Atrophisch waren bei dem Kranken die beiden Pectorales, die Clavicularportion der Cucullares, die Rhomboidei; weniger atrophirt die Brachiales interni, der Biceps, der Quadriceps des L. Beines und die Glutaei. Hypertrophisch und zwar in ganz colossaler Weise die Deltoidei, der Triceps und verschiedene Muskeln der Schulter. Die Vorderarmmuskeln und die kleinen Handmuskeln zeigten völlig normales Verhalten. Fibrilläre Zuckungen wurden nicht beobachtet, Gesichts-, Kau- und Zungenmuskeln erschienen unbetheiligt. Die electrische und mechanische Erregbarkeit war nur entsprechend dem verminderten Muskelvolumen herabgesetzt, aber ohne jede Spur von Entartungsreaction. So bot der Kranke vollkommen das Bild einer Dystrophia muscularis progressiva. Aus diesem Grunde wurden dem Kranken Muskelstückchen von einer Stelle am inneren Rande des Oberarms aus exstirpirt, an welcher man den hypertrophischen Deltoideus und den theilweise schon atrophirten Biceps gleichzeitig erreichen konnte. Querschnitte der Muskelfasern des Deltoideus zeigten bei Doppelfärbung mit Eosin und Hämatoxylin eine ganz enorme Verbreiterung (100—170 Micr.), ferner eigenthümliche Abspaltung- resp. Theilungsvorgänge, sowie Vacuolenbildung, theils mit theils ohne gleichzeitige Gerinnung. Ferner waren die Muskelkerne deutlich vermehrt, das Bindegewebe gewuchert, die Gefässe verdickt. Dagegen stellten die histologischen Veränderungen der aus dem Biceps herausgenommenen Parthien verschiedene Grade des Leidens dar: auf der einen Seite hypertrophische Processe, wie im Deltoideus, andrerseits atrophische; nirgends fand sich Lipomatose. Hier stellt sich E. in sehr entschiedenen Gegensatz zu Penzoldt, der in dieser Wochenschrift (No. 16) den Pat. schon beschrieb, aber nach der Ansicht Erb's in nicht ganz correcter Weise; auch sei P.'s Auffassung, als handle es sich bei Wolf um eine Uebergangsform von Dystrophie zur Pseudo-Hypertrophie eine irrige, besonders in Rücksicht auf die jetzt feststehenden oben genannten Muskelbefunde des Vortragenden. Aus diesem ergiebt sich mit Sicherheit, dass bei der Dystrophie in den hypertrophischen Muskeln auch mikroskopisch eine echte Hypertrophie der Fasern nachzuweisen sei, dass in den betreffenden Präparaten, die E. sowohl am Mikroskop, als auch an Zeichnungen demonstrirt, die atrophischen Fasern zurücktreten. Redner hält an der Anschauung fest, dass bei dieser Muskel-Atrophie die Veränderungen in den Muskeln das Primäre und wohl auch das Wesentliche sind.

An den Vortrag Prof. Erb's anknüpfend macht

IV. Dr. **Laquer** (Frankfurt a/M.): **Mittheilung über einen Fall von wahrer allgemeiner Muskel-Hypertrophie.**

Es handelt sich bei dem 31jährigen August Paul (alias Maul), welcher zu Demonstrationszwecken herumreist, um eine schon von Jugend auf bestehende ganz colossale Entwickelung der Pectorales, der Deltoidei, des Triceps beiderseits, der Serrati, ferner der Hals- und Rückenmuskulatur, wie aus 4 vorliegenden Photographien ersichtlich ist. Die sich contrahirenden Muskeln sind überall bretthart anzufühlen, gleichmässig hypertrophirt, nirgends ist eine Spur von schlaffem, etwa lipomatösem resp. pseudohypertrophischem Muskelgewebe durch die Palpation zu entdecken. An den unteren Extremitäten, an den Händen und Vorderarmen zeigt die Musculatur wohl auch einen athletischen Bau, aber nichts von den excessiven Circumferenzen, wie sie Rumpf und obere Extremitäten darbieten, Gesichts- und Zungenmuskeln weichen von der Norm nicht ab. — Die Kraft der hypertrophischen Muskeln entspricht nicht ganz dem enormen Volumen derselben, auch ermüdet der Kranke leicht bei stärkerem und längerem Gebrauche seiner muskulösen Glieder. — Die elektrischen Reactionen zeigen nicht die mindeste Abnormität, fibrilläre Zuckungen wurden nicht beobachtet. Dieser „Muskel-Mensch“ ist sonst überhaupt ganz gesund, die myotonischen Erscheinungen der Thomsen'schen Krankheit fehlen ihm. Keiner der hypertrophischen Muskeln zeigt eine wider den Willen des Individuums fortdauernde Contraction. — Ebenso ermangelt er, wie Prof. Erb, welcher den Mann ebenfalls gesehen, bemerkt, jeder Andeutung der von E. in seinem jüngst erschienenen Buche: „Die Thomsen'sche Krankheit (Myotonia congenita)“ als für die letztere charakteristisch beschriebenen myotonischen Reaction.

Pat. ist seiner Zeit auch im ärztlichen Vereine zu Frankfurt a M. von dem Vortragenden demonstrirt worden. Prof. Erb erwähnt desselben auch ganz kurz in der eben genannten Arbeit.

V. Professor **Fürstner** (Heidelberg): **Ueber spinale Erkrankungen bei progressiver Paralyse.**

Fürstner verglich zunächst die Fälle von Paralyse, in denen Jahre lang primäre tabische Erscheinungen vorhanden

sind, mit einer zweiten Gruppe, in welcher ausschliesslich die Pyramidenseitenstränge sich degenerirt erweisen. Wie Westphal, Zacher und Schultze nimmt auch F. an, dass es sich hier um eine primäre Degeneration handelt. In weitaus der Mehrzahl der Fälle stellen sich die spastischen Erscheinungen secundär ein, F. hat aber mehrere Fälle beobachtet, wo sie, ebenso wie die tabischen Symptome, primär zu constatiren waren, speciell hochgradig gesteigerte Sehnenreflexe an den oberen und unteren Extremitäten und wo erst später die Deutung der cerebralen Symptome zweifellos wurde. In den letzten Stadien dieser Fälle hat F. häufig, wie Zacher, Contracturbildung in allen 4 Extremitäten beobachtet und zwar ausschliesslich Beugecontracturen, ebenso Muskelstarre und Spannung von grosser Intensität und Ausbreitung. Bei der Mehrzahl der Fälle, in denen die Degeneration auf die Pyramiden beschränkt ist, hält F. den Verlauf für einen ziemlich schnellen (2 — 3 Jahre). Als weitere Gruppe stellt F. dann Fälle auf, wo neben den Pyramidenseitensträngen, die Kleinhirnseitenstränge erkrankt sind, während sich die Hinterstränge als völlig intact erweisen. — Zwei einschlägige Beobachtungen werden mitgetheilt: In dem ersten reichten die Veränderungen der Pyramidenseitenstränge bis ans Ende des oberen Drittels vom Halsmark, die der Kleinhirnseitenstränge noch etwas höher hinauf; der Höhepunkt der Degeneration war an der Grenze des oberen Drittels des Brustmarks, von da ab allmähliche Abnahme. Die Degeneration der Kleinhirnseitenstränge war viel bedeutender als die der Pyramidenseitenstränge. — Graue Substanz normal, in den Clark'schen Säulen die Nervennetze unverändert, vereinzelte Ganglienzellen verändert, daneben aber noch normale. Im zweiten Falle reichte die Pyramidenstrang-Erkrankung nur kurz über die Halsanschwellung hinaus, die Kleinhirnseitenstrang-Entartung bis in die Mitte des Halsmarkes, auch hier war letztere erheblicher. Die Clark'schen Säulen zeigten keine bestimmten Veränderungen. Im Hirn keinerlei Herderkrankung, die Atrophie des Stirnhirns ziemlich stark. In dem klinischen Bilde sprach kein Symptom für Betheiligung der Kleinhirnseitenstränge, die F. als zuerst erkrankt betrachtet; der Symptomencomplex entsprach dem bei Pyramidenerkrankung zu beobachtenden. Der Verlauf war in beiden Fällen sehr rapid — bis 2 Jahre, auffällig war eine überaus schnelle Abmagerung.

F. bespricht sodann die Fälle, in denen die Pyramidenbahn-Erkrankung noch keine über das ganze Fasersystem verbreitete ist, sondern wo im Verlaufe derselben fleckweise Degenerationen auftreten, sodann Fälle, in denen erkrankt sind: die Kleinhirnseitenstränge, die Pyramidenseitenstränge und die Hinterstränge mehr oder weniger partiell, dann die combinirten Erkrankungen von Pyramidensträngen und Hintersträngen. Dass es trotz der Pyramidenstrang-Erkrankung nicht zu spastischen Erscheinungen kommt, wenn die Wurzelzonen der Hinterstränge und die zugehörigen Rückenmarksabschnitte verändert sind (Westphal, Zacher); dass dieser Satz auch Geltung hat für die secundäre Degeneration, dafür theilt F. einen Fall mit, in dem seit vielen Jahren Tabes bestand, die Reflexe fehlten, im weiteren Verlaufe traten zuerst rechtsseitige Lähmungserscheinungen auf, die sich zurückbildeten, nach mehreren Monaten linksseitige bleibende. Eine Zeit nach dem letzten Insult trat der Tod ein. Bei der Obduction ergaben sich zwei symmetrische Herde im vorderen Theil der innern Capsel, doppelseitige absteigende Degeneration und graue Degeneration der Hinterstränge, speciell der Wurzelzonen bis ins Halsmark hinein; niemals traten im Verlaufe irgend welche spastische Erscheinungen auf, namentlich nicht Steigerung der Sehnenreflexe. Weiter erörtert F. die Frage, ob nun in der That bei allen diesen spinalen Affectionen die cerebralen Veränderungen bei der Paralyse dieselben seien, ob namentlich — die Allgemeingiltigkeit der Tuczek'schen Lehre vorausgesetzt — Faserschwund sich fände bei den Fällen von Tabes, Paralyse, ob er in den Fällen von Pyramidenseitenstrang-Degeneration etwa besonders hochgradig sei. F. erinnert dabei an einen von Zacher berichteten Fall, in dem hochgradigste spastische Erscheinungen vorhanden waren bei intacten Pyramidenseitensträngen, ob dieselben Hirnparthieen regelmässig betroffen werden.

Endlich theilt F. mit, dass er in den letzten Jahren sein Augenmerk darauf gerichtet habe, ob in Fällen von Paralyse, in denen Syphilis anamnestisch sicher nachgewiesen, sich die Hinterstränge der grauen Degeneration exponirt erwiesen. Die bisherigen Resultate sprechen nicht sonderlich für diese Annahme. F. beobachtete vier Fälle, wo von luetischen Secundärerscheinungen mit Bestimmtheit berichtet wurde, — wo aber im weiteren Verlaufe der Paralyse die Pyramidenseitenstränge erkrankten, die Hinterstränge aber intact blieben.

VI. Dr. **Edinger** (Frankfurt a./M.): **Ueber Ursprungsverhältnisse des Acusticus und die „directe" sensorische Kleinhirnbahn.**

E. giebt zunächst eine Uebersicht der neueren Autoren und berichtet dann über das, was seine eigenen an zahlreichen Foeten vom Mensch, an Katzen und am Gehirn von Erwachsenen angestellten Untersuchungen ergeben haben. Danach hält er sich für berechtigt, das Folgende auszusagen: I. Die hintere Wurzel des Nervus acusticus stammt aus dem sogenannten Nucleus acustici anterior. Dieser Kern steht in Verbindung 1) mit der Oliva superior der gekreuzten Seite durch ein mächtiges im Corpus trapezoides verlaufendes Bündel, 2) mit der Oliva superior der gleichen Seite durch weniger Fasern, 3) durch Bogenfasern, welche das corpus restiforme umschlingen mit dem inneren Acusticus-Kern. Diese Fasern liegen central von den sogenannten Striae acusticae. Redner demonstrirt ausserdem Verbindungen der oberen Olive mit dem Cerebellum, eine Bahn, die bei Katzen viel mächtiger ist, als beim Menschen und einen starken Faserzug zwischen oberer Olive und Abducens-Kern. Durch diese wäre der Acusticus in Verbindung gesetzt mit dem Kern der Augenmuskelnerven: eine Einrichtung, die nicht gleichgiltig sein kann, wenn im Acusticus wirklich Fasern vorhanden sind, welche zur Erhaltung des Gleichgewichts dienen.

II. Die vordere Wurzel des Nervus acusticus stammt, wie Vortragender sehr entschieden im Gegensatz zu einigen neueren Autoren festhalten muss, aus dem Nucleus acustici internus. Dieser Kern ist ebenfalls verbunden mit der oberen Olive und nach innen von ihm ziehen dünne Fasern, welche nicht über den Abducenskern hinaus verfolgt werden konnten. Ein drittes Fasersystem, welches in den Acusticus eingeht, ist gegeben in einem Zweig der „directen" sensorischen Kleinhirnbahn. Als solche bezeichnet E. einen grossen Theil dessen, was von Meynert und Andern „innere Abtheilung des Kleinhirnschenkels" genannt wurde. Die „directe" sensorische Kleinhirnbahn entspringt aus der Gegend der Kugel und der Dachkerne mit ziemlich dicken Fasern, welche alle medial vom Corpus dentatum cerebelli liegen. Sie scheidet sich scharf vom spinalen Theil des Corpus restiforme, welcher lateral das Corpus dentatum umgreift. Ihre Fasern gelangen bis dicht an die vordere Kreuzungs-Commissur (Stilling) des Wurms heran. Ob dieser in sie übergehe, konnte nicht sicher ermittelt werden. Aus dieser „directen" sensorischen Kleinhirnbahn gelangt ein Theil in den Acusticus, ein zweiter steigt weiter vorn zum Trigeminus herab. Ein drittes Bündel wendet sich nach rückwärts und ist bis in die Hinterstränge hinein zu verfolgen. Auf diesem Wege wird es dünner und ist es wahrscheinlich, dass es Fasern zum Glossopharyngeus und Vagus abgiebt. Dieses Bündel, welches gar nichts mit dem Acusticus zu thun hat, ist identisch mit dem, was Roller als aufsteigende Acusticus-Wurzel bezeichnet hat. Es ist bei niederen Thieren, namentlich bei Fischen ausserordentlich mächtig. Redner hat deshalb den betreffenden Namen gewählt, weil diese Fasern, ohne in Beziehung zu Nervenkernen zu treten, direct aus dem Kleinhirn in periphere sensorische Nerven übergehen. In den Verlauf dieser „directen" sensorischen Kleinhirnbahn ist der Deiters'sche Kern eingesprengt, dessen Degeneration nach Durchschneidung der Hinterstränge (Monakow und Vejas) sich jetzt wohl besser als früher erklärt, weil gleichzeitig der hintere Zweig der „directen" sensorischen Kleinhirnbahn mit durchschschnitten wird. —r

(Schluss folgt.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 26. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **Schüller** demonstrirt einen Fall von erfolgreicher **Nervennaht**, ausgeführt nach lang vorhergegangener Verletzung. Zur Deckung des Substanzverlustes, welcher sich nach Anfrischung der Nervenendigungen ergab, wurde die Dehnung der Nerven benutzt, ein Verfahren, das bisher noch nicht angewendet worden ist und auch in der diesbezüglichen Arbeit von Tillmanns (cf. Deutscher Chirurgen-Congr. 1885) eine Erwähnung nicht findet. Unter Dehnung versteht Redner die Verschiebung der Nerven in seinem Weichtheilbette. Bei später an Leichen vorgenommenen Untersuchungen konnte Sch. die Nerven des Vorderarmes oft bis zu 4 cm dehnen, am Ischiadicus ist es etwas schwieriger. — Was den speciellen Fall betrifft, so war die Verletzung durch eine zerbrochene Flasche erfolgt. Die in der Hohlhand erlittene Wunde heilte in 4 Wochen zu, aber es war die Empfindung in einigen Fingern verloren gegangen und bald wurden auch die Bewegungen des Daumens beschränktere. Es entstanden Ulcerationen an den Volarflächen der Finger und diese veranlassten Redner sofort nach einer Nervenlähmung zu suchen. Es ergab sich eine Lähmung des Medianus, soweit er die Finger und die Muskulatur des Daumenballens versorgt. . Bei der am 13. Mai 1885 vorgenommenen Operation wurden 7 Aeste an den Hauptstamm (den Medianus) durch mit feinstem Catgut ausgeführte paraneurotische Naht angelegt. Es erfolgte bis auf eine kleine Stelle Heilung per primam. Nach Verlauf von 4 Wochen konnte man schon Empfindung in den vorher empfindungslosen Fingern und nach 6 Wochen eine Bewegungsfähigkeit der vorher gelähmten Muskeln constatiren. Zur Vervollkommnung des Effectes wurden dann Bäder, Massage und Elektricität angewendet.

Hierauf demonstrirt Herr **Karewsky** ein **Osteochondrom**, das sich von der Spina anter. super. bis zum Trochanter erstreckte und durch Operation entfernt worden war.

Alsdann stellt Herr **Lassar** drei bemerkenswerthe Fälle von **Hauterkrankungen** vor. Hiebei will er auf einen kleinen diagnostischen Handgriff aufmerksam machen, der sich ihm und vielen anderen Collegen, die davon Notiz genommen haben, bewährt hat. Er zieht um die Efflorescenz eines zu diagnosticirenden Exanthems einen kleinen Rahmen mit einem Farbstoff, am besten mit Methylenblau, wodurch die differenten Bilder polymorpher Efflorescenzen scharf hervortreten und die Unterschiede leichter erkennbar werden. Der erste vorgeführte Fall ist ein cavernöses Angiom, der zweite ein gutartiger Naevus, ausgezeichnet durch den hässlichen Geruch, die Secretion und die Neigung zum Verfall. Er wird mit dem Thermocauter behandelt, dessen Anwendung durch subcutane Cocaïninjectionen fast schmerzlos ist. Der dritte Fall ist eine überraschende Monstrosität von Molluscum fibrosum.

Es folgt nun der Vortrag des Herrn **Gerhardt: Ueber pleuritische Bewegungs-Erscheinungen.**

Schon in den vierziger Jahren wurden von Damboissaux Angaben über die Begrenzung pleuritischer Exsudate gemacht, er hielt die parabolische Form der Begrenzung für die regelrechte derart, dass die Basis des Dämpfungsterrain nach unten auf dem Zwerchfell liege, der Scheitel nach oben und die Parabel in den Axillarlinien. In neuerer Zeit hat der Americaner Ellis dieselbe Begrenzung angegeben und nach ihm nennt man sie die Elliscurve. Dies steht im Gegensatz zu dem, was wir gewohnt sind zu sehen. Dass nun eine solche Begrenzung vorkommt, ist nach dem geschilderten historischen Gang der Dinge kaum zu bezweifeln. Jedoch es fragt sich, ist diese Begrenzung die regelmässige und muss sie sich aus natürlichen Dingen so gestalten, oder ist sie die Ausnahme und erscheint sie nur unter gewissen Bedingungen?

In der grossen Mehrzahl der Fälle fand sich die Begrenzung, wie sie Skoda, Fräntzel u. A. beschrieben haben und wie wir gewohnt sind, sie zu sehen, nämlich Horizontallinien. Während nach Ansicht der anders denkenden Autoren die Elliscurve durch pleuro-dynamische Verhältnisse bedingt sei, indem der grösste elastische Zug der Lunge in der Richtung der Axillarlinie erfolge, bestimmt nach Redners Meinung die Schwere der Flüssigkeit die Dämpfungsgrenzen. Sieht man sich die von Damboissaux angezogenen Fälle, in denen er die Elliscurve fand, näher an, so findet man, dass es sich um heilende Pleura-Exsudate gehandelt hat. Und damit stimmen auch Gerhardt's Erfahrungen überein, bei heilenden Exsudaten fand er die qu. Grenzen und als Grund dafür möchte er das so häufige Liegen auf der kranken Seite ansehen. Alsdann kann man die parabolische Grenzform wieder als bedingt durch Schwere der Flüssigkeit ansehen und ist nicht genöthigt, innere elastische Kräfte der Lunge entscheiden zu lassen.

Die zweite heut zu besprechende Frage ist die, wie Pleura-Exsudate sich Raum schaffen. Die grössten in der Literatur erwähnten Exsudate betrugen: „10 Mass", „20 Pfund", „19 Seidel" (bei Skoda). Rechnet man die vitale Capacität zu 4000 ccm, die rückständige Luft halb so gross, so bekommt man für beide Lungen 6000 ccm Luftgehalt. Demnach würde das grösste Mass der entleerten Flüssigkeit um dreifach mehr Raum einnehmen, als durch Verdrängung von Luft aus der Lunge gewonnen werden kann. Nimmt man aber selbst geringere Zahlen an, so übertrifft die Flüssigkeitsmenge den Luftgehalt der Lunge immer noch um das Doppelte. Nun, es wird ein grosser Theil des Raumes durch Verdrängung der Nachbarorgane gewonnen. Hierbei spielt das Convexwerden des Diaphragma nach unten die grösste Rolle, dann kommt die Thorax-Ausdehnung und die Verschiebung des Mediastinums.

Zwei hierauf bezügliche Thatsachen finden sich schon bei Damboissaux erwähnt. Zunächst nämlich erweitert ein Pleuraexsudat nicht nur die kranke, sondern auch die gesunde Seite und zwar sehr beträchtlich. Der zweite Punkt betrifft den Stand des Zwerchfells. Ein grosses Exsudat bedingt einen Tiefstand des Zwerchfells sowohl auf der gesunden als auf der kranken Seite, was am besten am Rücken nachzuweisen ist. Man kann die Zunahme des Exsudates geradezu beurtheilen nach dem Herabsteigen des Zwerchfelles auf der gesunden Seite. Diese beiden Thatsachen zusammen gestatten den Schluss, dass ein grosses Pleuraexsudat nicht nur für sich selbst Raum schafft, sondern ein vicariirendes Emphysem für die gesunde Lunge anbahnt.

Als dritten Punkt bespricht Redner dann die Beweglichkeit der Pleura-Exsudate. Es gibt kaum einen Punkt in der inneren Medicin, über den die Ansichten von Anfang an bis heut so weit auseinandergegangen sind. Auenbrugger sagt, dass die Flüssigkeit in der Pleura frei beweglich sei, Skoda hält diese Annahme für irrig, Piorri ist für die Beweglichkeit, Laënnec spricht sich entschieden dagegen aus, Damboissaux ist für, Wintrich gegen und in neuerer Zeit Fräntzel wieder für die Beweglichkeit.

Nach Gerhardt's Meinung nun kommt die Beweglichkeit der Grenzen bei grossen Exsudaten kaum mehr in Frage, ebenso kann bei sehr lange bestehenden abgekapselten Ergüssen von einer Beweglichkeit natürlich nicht die Rede sein. Die Frage muss an frischen und mittelgrossen Exsudaten zur Entscheidung kommen und an solche hat sich Redner gehalten. Sie sind nach seiner Ueberzeugung garnicht oder nur äusserst wenig beweglich bei kurz dauernden Lageveränderungen. Dass dieses Stillstehen der Grenzen aber nicht auf Verwachsungen beruht, ergibt sich daraus, dass, wenn man dahin kommen kann, den Kranken mehrere Stunden lang dieselbe Lage einnehmen zu lassen, dass sich dann die Grenzen des Exsudates vollkommen verschieben, und zwar entsprechend dem Gesetz der Schwere. Nicht also Verwachsungen, sondern Verhältnisse der Compression der Lunge sind es, welche die Unbeweglichkeit der Exsudate für kürzere Zeit bedingen.

Bei kleinen Exsudaten dagegen verhält es sich anders, sie können sich sehr leicht bewegen, und das hat seinen Grund darin, dass hier nicht Compressionsverhältnisse, sondern nur Retractionsverhältnisse der Lunge in Frage kommen. Redner hat versucht, diesen Gesichtspunkt zum Nachweis kleiner Exsudate zu verwenden. Er liess Patienten eine Zeit lang die

Knieellenbogenlage auf der kranken Seite einnehmen und konnte dann oft statt der vorher gefundenen horizontalen Dämpfungslinie in der frei percutirbaren Axillargegend die parabolische Dämpfungslinie herauspercutiren. Die Gegenprobe, also wenn man einen Kranken auf die gesunde Seite legt oder einen Gesunden eine Zeit lang die erwähnte Lage einnehmen lässt, ergab ein negatives Resultat. Gerhardt glaubt deshalb, dass man auf diese Weise leichter kleine Exsudate wird nachweisen können, da sie sich zuerst im Complementärraum ansammeln und unter einer gewissen Grösse nicht nachweisbar sind, während sie sich durch diese Lage anhäufen und nachweisbar werden.

Es mag dies nur als ein kleines Ergebniss erscheinen, allein Gerhardt lege grossen Werth auf den Nachweis kleiner Exsudate, denn er glaubt, dass, wo nicht schwere anatomische Veränderungen der Lunge oder Nachbarorgane vorliegen, kleine Exsudate bei dauernder Bettruhe unter Zugabe von antifebrilen oder secretionserregenden Mitteln binnen einer Woche zur Heilung gebracht werden können, und dass man so durch Opfern von etwa 6 Tagen Bettruhe vielen Kranken ein Krankenlager von Monaten ersparen und sie der Nothwendigkeit einer späteren Operation entziehen kann.

In der Discussion bemerkte Herr Senator, dass die Verdrängung der Nachbarorgane abhängig sei von der Beschaffenheit des Exsudates. Eitrige Exsudate verdrängen wegen ihrer grösseren specifischen Schwere jene leichter als seröse. Ausserdem sind eitrige Ergüsse das Produkt einer heftigeren Entzündung und dadurch leidet Pleura und Umgebung mehr. Pleura, Muskeln und Zwerchfell sind afficirt und büssen von ihrer normalen Widerstandsfähigkeit ein. Das ist praktisch von Werth, weil man bei eitrigen Ergüssen sich oft über das Volumen täuscht und gemäss der Verdrängung der Nachbarorgane mehr Exsudat vermuthet als sich nachher bei der Punktion ergiebt.

Hinsichtlich der Behandlung kleiner frischer Exsudate stimmt Senator mit G. überein, indem er Bettruhe entschieden für geeignet hält, bei Residuen aber muss man im Gegentheil die Patienten aufrecht erhalten und eine stärkere Athmung einzuleiten suchen. Er thut das vermittelst des Waldenburg'schen Apparates und glaubt, dass durch ausgiebigere Bewegung der Lunge die Resorption beschleunigt werde.

Herr Guttmann spricht sich im Gegensatz zu Herrn Gerhardt für die Beweglichkeit mittelgrosser Exsudate aus. Hat man einen Pleuritiker im Sitzen percutirt, Grenzen und Intensität der Dämpfung festgestellt, so änderen sich bei der Percussion im Liegen die ersteren und die Intensität der Dämpfung nimmt ab. Beides erklärt sich daraus, dass in der Rückenlage die Flüssigkeit zum Theil nach hinten abgeflossen ist.

Hinsichtlich der Behandlung kleiner Exsudate hält er Bettruhe im Anfang auch für richtig, glaubt aber nicht, dass dieselben deshalb nicht grösser werden. Solche, die klein bleiben sollen, bleiben klein, andere, die gross werden sollen, werden trotz des Liegens gross. Die Beobachtung des Herrn Senator, dass eitrige Ergüsse stärkere Verdrängungen verursachen als seröse, kann er nur für einen kleinen Theil seiner Beobachtungen zugeben.

Herr Gerhardt bekennt sich in Bezug auf den letzten Punkt zu Herrn Senator's Ansicht. Dass er mit Herrn Guttmann über die Beweglichkeit der Exsudate verschiedener Meinung ist, sei nicht wunderbar, nachdem er vorher die differenten Ansichten der besten Beobachter mitgetheilt habe.

Hinsichtlich des therapeutischen Punktes ist er nicht so fatalistischer Ansicht wie Herr Guttmann und glaubt nicht, dass die Exsudate jedesmal vorher vom Schicksal die Bestimmung bekommen haben, klein oder gross zu werden. Herrn Guttmann's Meinung erkläre sich leicht, derselbe habe eben die Leute mit kleinen Exsudaten nicht im Bett gehalten, deshalb habe er natürlich auch den günstigen Erfolg dieser Massregel nicht beobachten können.

Endlich glaubt G. noch besonders betonen zu müssen, dass uns begleitendes Fieber nicht immer einen sicheren Schluss auf Grösse und Beschaffenheit des pleuritischen Exsudates gestattet, er habe die ganze Thoraxhälfte ausfüllende Empyeme ohne Fieber verlaufen sehen.

Internationaler Congress für Hydrologie und Klimatologie in Biarritz.

Am 1. October ds. Js. soll der Nordd. Allg. Ztg. vom 7. Mai ds. Js. zufolge in Biarritz unter dem Ehrenvorsitze des französischen Ministers für Handel und Industrie und unter Mitwirkung der medicinischen, hydrologischen und meteorologischen Gesellschaften Frankreichs ein internationaler Congress für Hydrologie (Balneologie) und Klimatologie stattfinden. Zur Theilnahme an dieser Zusammenkunft werden durch eine in deutscher Sprache zur Versendung gelangte Einladung auch die bei der Sache interessirten deutschen Gesellschaften aufgefordert.

Die Zusammenkunft ist die erste dieser Art. Als ihr Zweck wird bezeichnet: Gelehrte aller Länder in einer an Thermen und der Gesundheit zuträglichen Aufenthaltsorten reichen Gegend zu vereinigen, um gemeinschaftlich die Fragen zu prüfen, die sich an die Hydrologie und Klimatologie knüpfen.

Ueber die der Versammlung vorzulegenden Fragen wird in drei verschiedenen Sectionen für wissenschaftliche Hydrologie, medicinische Hydrologie und Klimatologie berathen werden.

Zum Schluss der auf acht Tage berechneten Sitzungen sollen Ausflüge nach verschiedenen Badeorten der Pyrenäen unternommen werden.

Meldungen zur Theilnahme an dem Congress sind, unter gleichzeitiger Einsendung von 12 Franken, mittelst Postanweisung an Herrn Dr. de Lavarenne, Paris, 21 Rue Chaptal (bis 1. Juni), später Luchon (Haute Garonne), oder an den Vicomte de Chasteigner, Schatzmeister der Biarritz-Association, in Biarritz zu richten.

Zur Typhusdiscussion im ärztlichen Verein zu München. Seite 359 in Nr. 20 der Münchener medicinischen Wochenschrift habe ich gesagt: „Viele unserer kleineren Städte in Bayern, Treuchtlingen, Pappenheim etc. haben seit 2 Jahren bedenklich an Typhysepidemien gelitten." Ich werde nun von massgebender Seite informirt, dass in der Stadt Pappenheim schon seit Jahren der Typhus eine sehr selten auftretende Krankheit sei und dass in den letzten 2 Jahren kein Fall vorkam. Im Altmühlthal in der Umgegend seien allerdings Typhusepidemien vorgekommen, z. B. in dem unterhalb Pappenheim an der Altmühl gelegenen Dollnstein. Dr. M. v. Pettenkofer.

Verschiedenes.

(Die Wernarzer Quelle in Brückenau.) Die in Nr. 14 des vorigen Jahrganges der Münchener Medicinischen Wochenschrift von mir veröffentlichte Abhandlung: „Ueber Bad Brückenau bei den Erkrankungen der Harnorgane", gab zu zahlreichen Versuchen und Beobachtungen über den Werth des Wernarzer Brunnens bei verschiedenen Affectionen des Harnapparates Anlass. Die in jenem Aufsatze skizzirten Indicationen wurden inzwischen von verschiedenen Collegen bestätigt; ich selbst habe in einer kleinen Brunnenschrift über den Wernarzer Brunnen (Wolf's Verlag, Brückenau) einige bemerkenswerthere Fälle beschrieben. Eine gewichtige Bestätigung der Bedeutung dieses Brunnens theilte nun kürzlich Herr Hofrath Dr. Maas, Professor der chirurgischen Klinik der Universität Würzburg, in Form folgenden Gutachtens mit:

„Nach meinen bisherigen Erfahrungen leistete das Wernarzer Wasser Alles, was man von alkalischen Säuerlingen bei der Behandlung chronischer Entzündung des Nierenbeckens und der Blase, sowie bei vermehrter Harnsäurebildung erwarten darf. Vermehrte und erleichterte Urinausscheidung, Verminderung der beigemischten Entzündungsprodukte; Verschwinden der Harnsäureausscheidung in Form von Krystallen beim Erkalten des Urins wurde in allen Fällen erreicht.

Ganz besonders günstig wirkte der Brunnen bei älteren Männern mit Vergrösserung der Vorsteherdrüse und Blasenkatarrhen,

welche theils spontan, theils durch Urinverhaltung, Catheterismus u. s. w. entstanden waren.

Es stehen mir gerade in dieser Beziehung eine ganze Reihe von Beobachtungen zur Verfügung. Da ich wiederholt Kranke behandelte, welche vielfach Brunnencuren durchgemacht hatten, war auch die gute Wirkung gegenüber anderen Brunnen zu constatiren.

Eine ähnlich gute Wirkung erreichten wir nur mit den alkalisch-erdigen Wassern von Wildungen, doch zogen die Patienten das Wernarzer Wasser wegen seines angenehmen Geschmackes vor. Ich habe zur Zeit desshalb das sonst von mir viel verordnete Wildunger fast ausnahmslos durch Wernazer ersetzt."

Badearzt Dr. Wehner.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 31. Mai. § Zur Tagesordnung der auf 10. Juni d. J. anberaumten Plenarsitzung des verstärkten Obermedicinal-Ausschusses sind von den Delegirten der Aerztekammern innerhalb des bekannt gegebenen Termines Anträge nicht vorgelegt worden.

— Wir glauben den vielen Freunden des Herrn Hofrath Dr. Rosenthal in Würzburg einen Gefallen zu erweisen, wenn wir sie darauf aufmerksam machen, dass derselbe am 23. Juni d. J. seinen 70. Geburtstag im Kreise seiner Familie feiert. Wir bringen dem um das ärztliche Vereinswesen hochverdienten Collegen, der allzeit ein warmes Herz für alle ärztlichen Standesinteressen hat, zu diesem Feste unsere herzlichsten Glückwünsche dar!

— Die ärztlichen Vereine von Augsburg richten an sämmtliche Aerzte des Kreises Schwaben und Neuburg und der angrenzenden Gebiete eine Einladung, sich gelegentlich der schwäbischen Kreisausstellung in Augsburg zu gemeinschaftlichem Tagen zu versammeln. Als Tag der Zusammenkunft ist Dienstag, 6. Juli bestimmt. Die Augsburger Collegen stellen sachkundige Führung der Gäste durch die Ausstellung und die Stadt sowie mannigfache gesellige Genüsse in Aussicht. Wir wünschen dieser schwäbischen Aerzteversammlung zahlreiche Betheiligung und frohen Verlauf.

— Das pathologische Institut Professor Virchow's in Berlin wird durch eine bacteriologische Abtheilung erweitert werden, welche mit allen Einrichtungen und Apparaten zur modernen bacteriologischen Forschung ausgestattet werden soll. Der Bau und die Einrichtung der Laboratorien soll noch vor dem Zusammentritt der Naturforscher-Versammlung fertig gestellt werden. Zur Leitung dieser Abtheilung ist, wie verlautet, der langjährige Assistent Professor Virchow's, Dr. O. Israel in Aussicht genommen.

— An Stelle des verstorbenen Prof. Auspitz tritt Prof. Kaposi in die Redaction des „Archiv für Dermatologie und Syphilis" ein. Prof. Pick in Prag wird wie bisher bei der Leitung des Archivs thätig sein.

— In Venedig sind vom 15.—22. Mai 40 (22), in Bari 70 (25) Erkrankungs- (bezw. Todes-) Fälle an Cholera vorgekommen. Ausserdem sind in dieser Zeit noch in Ostuni und in Brindisi Cholerafälle vorgekommen. V. d. k. G.

— Das österreichische Kultusministerium hat die Herren Dr. E. Neusser, Assistent der medicinischen Klinik Bambergers, Dr. Paltauf, Assistent der pathologischen Anatomie in Wien und Dr. Lustig, Leiter des Choleraspitales in Triest behufs Studiums der Pellagrakrankheit nach Görz entsendet.

— Die englische Commission zur Erforschung der Pasteur'schen Wuthimpfung ist von Paris nach London zurückgekehrt. Soweit die Resultate derselben bisher bekannt sind, bestätigen dieselben die Behauptungen Pasteur's in den wichtigsten Punkten.

— Der Verein für Feuerbestattung in Kopenhagen hat einen Platz zur Errichtung eines Crematoriums angekauft; man hofft das Gebäude, dessen Pläne bereits vorliegen, noch in diesem Jahre fertig stellen zu können. Für den Verbrennungsofen wurde das System Gorini gewählt.

— Im Verlag von E. S. Mittler und Sohn in Berlin erschien eine neue Bearbeitung der Beilage 5 der Kriegs-Sanitäts-Ordnung vom 10. Januar 1878, Medicinisch-chirurgischer Etat, welche behufs Durchführung der antiseptischen Wundbehandlung im Felde nothwendig geworden war.

(Universitäts-Nachrichten.) Breslau. Der im vorigen Jahre dahier verstorbene Professor Haeser hat seine werthvolle Bibliothek der Universität vermacht. — Budapest. Dr. Arthur Irsai hat sich als Privatdoc. für Kehlkopfkrankheiten und Dr. A. Bakó als Privatdoc. für die Erkrankungen der männlichen Harn- und Geschlechts-Organe habilitirt. — Cambridge. Am 29. ds. fand die feierliche Enthüllung einer von der Königin gestifteten Statue John Hunter's im Universitäts-Museum statt. — Erlangen. Am 29. ds. hielt Professor Dr. Eversbusch in der grossen Aula der Universität seine Eintrittsrede in Senat und Facultät. Die Frequenz der Universität weist jetzt schon eine weitere Zunahme auf, doch ist die Zahl der Immatriculirten noch nicht festgestellt. — Heidelberg. Professor Dr. Weil erhielt einen Ruf als Director der medicinischen Klinik in Dorpat. — Krakau. Dr. Ludwig Teichmann, ordentlicher Professor der descriptiven Anatomie vollendet heuer das 25. Jahr seiner Lehrthätigkeit; die Hörer der medicinischen Facultät werden zur Ehrung des verdienten Jubilars am 3. Juli ds. Jrs. eine solenne Feier veranstalten. — Wien. Für die Späth'sche Lehrkanzel für Geburtshülfe und Gynäkologie wurde Hofrath Professor Breisky in Prag als einziger Candidat in Vorschlag gebracht. — Würzburg. Der I. Assistent der chirurgischen Klinik, Dr. Albert Hoffa, habilitirte sich am 29. ds. als Privatdocent für Chirurgie. Die Habilitationsschrift handelt: „Ueber die Natur des Milzbrandgiftes"; das Thema der Probevorlesung war: „Ueber den augenblicklichen Stand der Lehre von der Transfusion". Die Gesammtfrequenz der Universität beträgt 1329 Studirende, darunter über 800 Mediciner.

In Berlin starb am 20. ds. der Geheime Sanitätsrath Dr. Adolf Semler, ein ausgezeichneter Arzt und eifriger Vertreter ärztlicher Standesinteressen.

— Am 23. ds. starb zu Wien nach langem Leiden Dr. Heinrich Auspitz, a. o. Professor für Dermatologie und Syphilis zu Wien im Alter von 51 Jahren. Auspitz hat seine Wissenschaft durch eine Reihe verdienstvoller Arbeiten, die besonders das histologische Studium der Haut-Krankheiten betreffen („Ueber die Anatomie des Blatternprocesses" 1863; „Die Zelleninfiltration der Lederhaut bei Lupus, Syphilis und Scrophulose" 1866, u. a.) gefördert. Sein im Jahre 1881 erschienenes „System der Hautkrankheiten" hat grossen Erfolg gehabt.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassungen. Joseph Oswald aus Neuburg a. D. in München; Hermann Pirard aus Radolfszell in Baden in Urspringen, Bezirksamts Marktheidenfeld.

Aufgestellt als bezirksärztlicher Stellvertreter zu Waldkirchen Dr. Rudolf Schreiner.

München: Morbiditäts-Statistik aus der Zeit vom 24. bis incl. 30. Mai 1886.

Es wurden 150 acute Erkrankungen angemeldet:

Typhus 1, Magendarmkatarrh 37, Wechselfieber —, Blattern (Varicellen) 1, Scharlach 9, Masern 8, Diphtherie 9, Croup —, Gesichtsrose 2, Keuchhusten 4.	71
Rachenentzündung 23, Entzündung der Bronchien 34, Lungenentzündung 5, Brustfellentzündung 1, Acuter Gelenkrheumatismus 13, Entzündung d. Herzens (Peri-Myo-Endocarditis) —, Kindbettfieber —,	76
sonstige fieberhafte Erkrankungen	3
In Summa:	150

Uebersicht der Sterbfälle in München während der 20. Jahreswoche vom 16. bis incl. 22. Mai 1886.

Bevölkerungszahl 260,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (—), Scharlach 2 (—), Diphtherie und Croup 5 (4), Keuchhusten 3 (3), Unterleibstyphus — (4), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber 1 (1), andere zymotische Krankheiten — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 158 (150), der Tagesdurchschnitt 22.6 (21.4). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 31.4 (29.8), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 19.5 (21.1), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 17.3 (19.0).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.